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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	フルタイド50エアゾール120吸入用が定期的に処方されている患者様で、今回も処方せんの「フル～50～120吸入」を見てその製剤を用意していた。患者の母親が来局し、今日の状態を聞き取りしたところ、「喘息の悪化が見られ、薬が十分効いてないようだから吸入を少し強い薬に変える」と主治医より話があったと言われ、処方せんを見返したところ、「フルティフォーム50エアゾール120吸入用」に変更になっていることに気付いた。当薬局で取り扱いがないものだったため、薬品名を見間違えていたことを説明し、取り寄せて後から配達することを了承してもらった。	フルタイド50エアゾールが長く定期的に処方されていたので、名前の頭と用量等が同じで薬が変わっていることに気付けなかった。フルティフォームの取り扱いが無かったために、選択肢に上がらず、思い込みで今まで通りと判断してしまった。処方が立て込んでいて、じっくり処方箋を確かめていなかった。	処方せんを何度も確認する。薬の名前を声に出して読む。患者様との聞き取りで薬の内容に矛盾がないか確認する。	フルティフォーム５０エアゾール１２０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
2	クラシエ芍薬甘草湯　EK68　２包分２の記載（４ｇ分２）　　薬局内にKB68の在庫もあり　KB68　２包分２で調剤（６ｇ分２）投薬薬剤師が気が付き投薬前に正しい物に変更	繁忙と分２処方の慣れがあり	注意深く監査			クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	酸化マグネシウム330mg「ケンエー」を120錠お渡しすべきところ、100錠は酸化マグネシウム330mg「ケンエー」だったが、２０Tはクロピドグレル７５mg「トーワ」をお渡ししてしまった。　帰宅後患者さんが気づかれて連絡をくださり、交換に伺い、謝罪し交換した。	棚が隣同士で、間違って戻していたか、間違ってとったと思われる。	シートの色が類似しているので、棚の位置を変更した。　１シートずつ確認するようにする。	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	クロピドグレル錠７５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	バイアスピリン９０日処方の患者より、交付後６２錠しかないと電話あり。調べたところウイークリーシート６枚と６錠でお渡しするところ、４枚と６錠でお渡ししていた。	1人調剤で薬剤師に焦りがあった。ウイークリーシートで計数間違いを起こしやすい薬剤であった。	計数を誤りやすい薬剤について職場内で周知。1人の時でもいったん気持ちを切り替えて数えたり、電卓で計算を入れるなど注意喚起した			バイアスピリン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
5	ムコプロチン配合シロップを調剤すべきところ、調剤担当の薬剤師が誤ってジメモルファンリン酸塩シロップを調剤した。鑑査担当の薬剤師が色調が異なることに気付き、調剤担当の薬剤師が改めてジメモルファンリン酸塩シロップを調剤した。	ムコプロチン配合シロップ、ジメモルファンリン酸塩シロップはいずれも感冒などによる咳症状に対し処方されることが多く、週明けで体調不良患者の来局が多く、本来置くべき場所に戻さずに調剤台上に接近して置いていたため取り違えた。	改めて薬の配置を確認し、作業を終えたら必ず元の位置に戻すように確認した。	ムコプロチン配合シロップ	ジメモルファンリン酸塩シロップ小児用０．２５％「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	事務員入力時ザルトプロフェン錠80mg「YD」のところザルトプロフェン錠80mg「サワイ」で入力	病院の処方せんは先発品で記載あったが本人後発品希望のため後発品で調剤している方。事務員処方入力時、ザルトプロフェン80mg「YD」で入力のところザルトプロフェン錠80mg「サワイ」で誤入力。薬剤師監査時入力ミスに気付き修正。正しい入力、薬剤交付。ザルトプロフェン錠は出荷調整品の為複数のメーカー使用していたためご入力の原因となった。	出荷調整品目については在庫状況について職員全体で情報共有を行う。	ザルトプロフェン錠８０ｍｇ「ＹＤ」	ザルトプロフェン錠８０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	患者は普段より、トリクロルメチアジド錠2mg「日医工」を服用していたが、出荷調整に伴い、「日医工」から「NP」への切り替えとなった。患者同意のもと、「日医工」と「NP」をメーカー混ぜてお渡しとなった。次回来局時のときに、メーカーを混ぜて受け取ったが、勘違いして２つ同時に飲んでしまったことがあったとお話があった。	昨今の出荷調整、限定出荷などに伴い、薬剤のメーカー変更となることが多い状況であった。当該患者においても、トリクロルメチアジド2mg「日医工」→「NP」へと切り替わることになり、「日医工」の残りと不足分は「NP」にて調剤を行い、2種類を輪ゴムでくくり、同じ薬袋へ入れて交付した。患者へもよく説明したうえで理解良好と判断した。次回の来局時に、同じ薬を間違って２錠飲んでしまったとお話があった。メーカーの混ぜだしをする場合は、薬袋などにもう少し詳しくメーカー２種類入っていることなどを記載するべきだった。	同じ薬剤でもメーカーによってヒートのデザインが似ていたり、違っていたりするが、患者の理解度を把握し、フォローアップのように途中で誤って飲んでないかなど連絡するのがよいと思う。			トリクロルメチアジド錠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	
8	プラノプロフェン点眼液０．１％を交付すべきところを　誤ってピレノキシン懸濁性点眼液を交付してしまった	調剤　監査　投薬を単独でおこなう一人薬剤師の場合　より慎重に業務を担当することが必要です。	より集中力を高めること	プラノプロフェン点眼液０．１％「参天」	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
9	患者が医師に、「タチオン」を処方して欲しいと依頼。医師はカルテに「タチオン」の処方を記載。病院スタッフが処方箋を発行する際、誤って「タリオン」を記載して発行。薬局で投薬の際、処方の内容と患者様のおっしゃる病状が一致しないことから、病院へ疑義照会を実施。病院の事務の方が、処方箋の薬品名称を間違えて入力していることが判明。	当然ですが、投薬の際、しっかりと患者様への聞き取りを行う必要がある。疑問に思ったことは、些細なことでも疑義照会する必要がある。	処方箋に記載されている内容で、用法・用量や飲み合わせ云々以前に、薬品名そのものが間違えている場合もあるということを頭の片隅に置いて、処方チェックを実施する必要がある。			タチオン錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
10	7種類処方のなかにエリキュース錠5ｍｇ1錠朝食後28日分の処方あり（一包化指示あり）。誤ってエンレスト錠200ｍｇをピッキングし、一包化を作成した。	・ピッキングした者と一包化をする者が同一の場合は、一包化前に他者に薬剤確認するルールとなっているが、繁忙のため怠った。・カセッターの配置が隣であることと錠剤の色・形が類似していることも要因のひとつだと考えられる。・一包化鑑査機の使用により、誤りが発覚した。	・一包化前に他者に薬剤確認をしてもらうルールの徹底と、基本である処方箋を見ながら一包化を作成することが対策となる。・調剤機器により調剤過誤を未然に防げた事例であるため、今後も機器導入は積極的に行っていきたい。	エリキュース錠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
11	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーが正しい処方だったが、ヘパリン類似物質外用スプレーでレセコン入力した。監査で違いに気づかず、調剤は処方通りのものをお渡しできたが、薬情、薬袋が違うものをお渡ししてしまった。	類似名称の医薬品の違いを監査で発見できなかった。	薬情、薬袋、お薬手帳を監査で確認する際は、目視ではなく、指でなぞりながら監査をする。			ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
12	ツムラ五苓散をピッキングした際に同箱の中にツムラ八味地黄丸が含まれていた。	外観が類似している。	近くにはおかず、離して保管する。	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
13	患者様へ交付中に、患者様と内容について確認していたところ必要な数よりも多いことに気付き、処方箋のコピーを手元に置きながら投薬していたため、照らし合わせると入力が多くなっていた。その場で入力を変更し正しい数の薬をお渡ししました。	QRコードの読み取りからDo処方で引っ張っていた。また鑑査者が他のことに気を取られていた。	Doで引っ張ってきた場合、数が正しいか確認を行う。鑑査に集中し、処方箋と入力に相違がないか確認をおこなう。			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
14	急性気管支炎と思われる病状で来局。フスコデ配合錠とともにトラベルミン配合錠が処方されていた。患者にはめまいや吐き気症状はなく、のどが痛いと訴えあり。処方ミスを疑い、処方医に疑義照会したところ「トランサミン錠」の入力間違いであった。	通常トラベルミンは屯用で処方であるが、風邪薬と一緒にくくって処方されるのは過去に例がない。早めに処方ミスを疑い、疑義照会すべきである。	患者の症状をしっかり聞き取り、処方薬と齟齬がないか、確認を怠らないこと。			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
15	一般名処方名が名称とmg数で子となっていたことと以前から使用していたテープから間違っていることがわかった。	最近、門前の病院は全ての薬剤が一般名化していたので記載ミスをしたらしい。	今回は明らかに一般名が異なっていたため疑義に至った。	ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「テイコク」	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
16	ロスーゼット配合錠ＨＤのところをリバゼブ配合錠ＨＤでお渡ししてしまった。	前回リバゼブ配合錠ＨＤだったので変更を見逃してしまった。	入力は間違っている可能性があることを失念しない。	ロスーゼット配合錠ＨＤ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
17	処方箋にロスバスタチン2.5、ロスバスタチン5ｍｇの2つ記載があり、ビソプロロール2.5が削除処方箋入力時に事務が違和感を感じ薬剤師へ伝えた。患者さまもビソプロロールの削除は聞いていないとのことで疑義照会した。ロスバスタチンを2.5ｍｇから5ｍｇへ増量したかったが、誤ってビソプロロール2.5ｍｇをロスバスタチン5ｍｇに上書きして処方したことが発覚した。	規格がロスバスタチンも2.5ｍｇ、ビソプロロールも2.5ｍｇだったこと処方時医師が見間違えたものと思われる。	変更点については患者さまに確認して、変更を聞いていないのに処方変更などある場合はお問い合わせしている。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	一般名で「ドロキシドパカプセル100mg」の処方であったが、調剤者は誤って「トロキシピド錠100mg」で調剤した。自己監査で気付かなかったが、別の薬剤師が監査したところ、誤りであることがわかり、調剤しなおした。	薬品名の類似に気づかず、別の薬で調剤してしまった。	薬品名類似の薬は各薬剤師がしっかり把握する。薬品名の最後まで声に出して確認する。	ドロキシドパカプセル１００ｍｇ「アメル」	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
19	患者が処方箋を持って来局。処方箋には一般名でトルバプタン口腔内崩壊錠15mg朝食後28日分と記載があった。事務員（職種経験年数4年）はトルバプタンOD錠1mgを調製。数が足りないことに気付き薬剤師（職種経験年数16年）と在庫数を確認したところ在庫上では足りることになっていた。規格違いの棚にしまわれているのではと思い確認したところ、トルバプタンOD錠7.5mgの棚にしまわれていた。再度規格違いの棚にしまわれていた薬を事務員と薬剤師2人で確認し、患者には正しい薬を交付した。	箱の見た目が類似しており、納品後片付ける際に規格の違う棚にしまわれたと考えられる。	よく出る規格が7.5mgのため、7.5mgの棚に「規格違いあり」と記載。応援者等も頻繁に来るため、誰が片付ける際にも違う規格があることがわかる環境にする。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
20	フォシーガ錠10mgを98錠調剤するところ、フォシーガ錠5mgを98錠調剤してしまった。また、レバミピド錠100mgを270錠調剤するところ、レバミピド錠100mgを315錠調剤してしまった。	フォシーガ錠という名前を見ただけで調剤してしまい、規格を確認しなかった。フォシーガ錠の規格が5mg、10mgがあることを知らず、調剤が完了した後は再確認を怠ってしまった。 レバミピド錠100mgは、ウィークリーシートになっており、焦って計算を間違えてしまった。270錠調剤ということで、21錠シート×10枚＋21錠シート×2枚＋18錠の計算をすべきところを、21錠シート×10＋12錠シート×5枚と暗算してしまった。	調剤を完了させるまでの過程で、指差し口頭確認を3回行うことを義務付けるべきだと考える。10錠シートなのか、それ以外の数量のシートなのかをきちんと確認し、暗算をせず紙に書いたり計算機を使ったりして調剤をすべきだと考える。			レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」 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
21	ツムラ小建中湯が７．５ｇ／日で処方されていた。普段は１５ｇ／日で処方されるため処方箋の確認を疎かにし普段通り１５ｇ／日で調剤してしまった。そのまま患者に渡り患者から間違いの指摘があった。	監査の際、固定観念を捨て処方監査を実施しなければならない。	処方監査の再度徹底を実施する。			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
22	五苓散の調剤の際、別の薬（芍薬甘草湯）と読み間違い、監査の際気づいてピッキングをやり直した。その後、監査した時に八味地黄丸の混在していることに気づき、再度ピッキングしたが、後日やはり五苓散と八味地黄丸が混在して棚にあることが分かり、患者さんに改めて電話の上確認したところ、14日分のうち6日分が八味地黄丸が混在したままだった。	処方箋入力の確認・監査機使用の確認・別薬剤師による目視確認を行っているが、束ねた時に混在していると監査機で監査は通り、数の監査のみになりすりぬけることが判明。	包装は束ねず、個々のシート包装の確認も行うようにする。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
23	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」を誤ってイトプリド塩酸塩錠50ｍｇ「サワイ」でお渡しした。のちに患者ご本人から電話あり発覚した。	「イ」で始まり、「５」の数字、メーカーも同じ「サワイ」で詳細を見ていなかった。	今後はしっかり手書き監査することと、薬袋に載っている写真と実際の薬をよく見合わせるようにする。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	先発品希望なのに後発品で投薬　昼から気付いて患者様に連絡　交換した	先発と後発が１処方中に混在　薬歴をよく見ることが大切	写真付き薬袋を使用　よく観察することが大切	ユリーフ錠４ｍｇ	シロドシン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	処方箋はロラタジンOD錠１０ｍｇの調剤となっており、棚から調剤。しかし、シートデザインが類似しているベタヒスチンメシル酸塩錠１２mg「日医工P」が混じっており、そちらを調剤しそうになった。	棚に戻すときにシートが似ているのでそのまま棚に入れてしまった恐れがある。	２剤の配置を遠くに。棚に戻す際は二人でチェックする。	ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「ケミファ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「日医工Ｐ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	処方箋のFAXが来て調剤して他店応援薬剤師が監査後、監査済みとして調剤室に保管1時間後患者さんのご家族が来局。ツムラ抑肝散の処方をツムラ抑肝散加陳皮半夏で入力していたが監査が漏れており、投薬者も気づかずそのまま投薬。調剤はツムラ抑肝散で調剤しており、処方箋通りの用法用量 ショートステイ先の施設職員から薬袋の記載内容と中身の漢方が異なるので連絡あり。処方内容を説明して、入力ミスであることを謝罪。ご家族にも電話にて説明して謝罪。	FAX処方箋で、監査にもある程度の余裕があり、間違いがないと油断している可能性があった。投薬者も監査済みと投薬時の確認不足。	FAX処方箋や後から来られる患者さんの処方箋の監査は再度、投薬時に確認する。名称が似ている医薬品の注意喚起。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
27	トレシーバ注フレックスタッチ→ノボラピッド注フレックスタッチを調剤。	ノボラピッド注フレックスタッチの流通のことを考えていたら取り違えた。	調剤時は余計なことを考えず、調剤に集中する。	トレシーバ注　フレックスタッチ	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
28	半夏瀉心湯（１４）１５包のうち、抑肝散（５４）が３包混ざっていた。	抑肝散を棚に戻す際に番号と色で間違えて半夏瀉心湯の場所にもどし、調剤時にそれに気がつかず調剤。鑑査時も表面の数字の確認はしたが、色が同じため混合に気がつかなかった。	端数を輪ゴムでとめている様なときは、ツムラ漢方に入っている横線をチェックする。	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
29	新入荷したエレトリプタンを薬剤師が箱を開けてとり、別の監査薬剤師に渡した。監査薬剤師は患者さん用ヒートパッケージを開けて中を確認したところ中が空だった。	ピッキングした薬剤師はエレトリプタンを今まで扱ったことがなく、開封して患者さん用パッケージが２こあり、一つが空だと知らなかった。	新規の薬を扱う際は口頭で伝えるだけでなく開封して注意点を確認する。また初めて扱う薬の場合は、あつかった経験のある薬剤師に立ち会ってもらう			エレトリプタン錠２０ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	間違えて調剤したものを、自動分包機のカセッターに戻す際にロスバスタチンの中にエリキュースが1剤混在していることに気付かず、戻してしまった。そのため本来ロスバスタチンで調剤するところを、1日分のみエリキュースで調剤されていた。監査者が錠剤の刻印が違う事に気付き、正しく調剤し直した	錠剤をばらすときに外観が類似していたため、同じ薬剤だと思いそのままカセッターへ戻した。その際ダブルチェックを行っていなかった。	カセッターへ薬剤を補充する際はダブルチェックを行う1つ1つの錠剤の刻印をしっかり確認する	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
31	ツムラ加味逍遙散が処方されていたが、過って抑肝散を調剤、交付した。患者本人が帰宅後気づき発覚した。	外装が類似していることと、処方せんを確認した時に抑肝散が処方されていると思い込んだことが要因である	間違えやすい薬剤として、再度薬剤師、事務員全員で情報を共有。監査時には、薬情に掲載されている写真と見比べるなど、鑑査を徹底させる。	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	
32	混雑した時間帯で、保管場所も違うプソフェキ配合錠とトアラセット配合錠の取り間違え患者さんに投薬してその後すぐに気づき自宅に連絡するが不在で、連絡取れた時は１回分服用していたその後連絡付き、詳細説明して薬を回収する	混雑していた時間で通常であれば薬袋から薬取り出し説明時に最終監査するがその工程を怠った	混雑している時間でも必ず投薬時に薬袋から薬取り出し患者さんと最終監査を徹底する	プソフェキ配合錠「サワイ」	トアラセット配合錠「サワイ」		ヒューマンエラー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	【般】アトルバスタチン口腔内崩壊錠5mg2錠と【般】セルトラリン錠25mg2錠処方されている方に入力上アトルバスタチン錠10mg1錠とセリトラリン錠50mg1錠で変換し入力したが、調剤者が2錠ずつに直して一包化調剤。鑑査でも気が付かずそのまま窓口へ。渡薬の際に担当薬剤師が気が付き、作り直しをして患者さんにお渡しした。	調剤者が規格変更して入力したことに気が付かず、錠数のみ直して一包化調剤してしまった。また監査者も混雑しており、待ち時間が長くなった事もあり、一般名処方から規格変更をしていたことを見逃してしまったことが要因。	患者さんの飲みやすさを考慮し、規格変更をして調剤する際には調剤方法の注意書きの欄にその旨を記載し、注意喚起することを周知徹底する。			【般】アトルバスタチン口腔内徐放錠5mg【般】セルトラリン錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	妊娠28週の患者に対し産婦人科から、フェキソフェナジン錠60ｍｇ、ナファレリン点鼻液0.2%、ケトチフェン点眼液の処方あり。	ナファレリンは点鼻液は子宮内膜症に使用するが、妊婦には禁忌。ナファゾリンの入力ミスと推測したが疑義照会の結果、エリザㇲ点鼻薬に変更となった。産婦人科であるため婦人科系の薬の処方に違和感を感じにくかった可能性あり。	患者の背景をしっかりと把握し、薬剤同士の禁忌だけではなく病態禁忌なども意識をして処方監査を行うようにする。			ナサニール点鼻液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
35	一包化のカセットにビソプロロール0.625ｍｇを充填するところ、誤ってビソプロロール2.5ｍｇを充填した。	忙しい時間帯、確認を怠りビソプロロールの規格を間違えて一包化機器に充填。	一包化カセットに充填する際の鑑査機器を導入			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「サワイ」 ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	施設に入所中の患者様の処方で普段一包化に漢方を張り付けてお渡し。その中で眠前服用の芍薬甘草湯と朝夕に服用の十全大補湯が逆についていたと患者様本人より指摘あり。	漢方の芍薬甘草湯と十全大補湯の外装が似ていた為、間違えが発生。	配薬分をセットする際に漢方を止めているが、眠前のみ鑑査時に止めるように変更。薬局の預かり分に注意書きをして共有			ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用） ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	一般名処方でロキソプロフェンNa錠６０ｍｇとジメチコン錠４０ｍｇが1日２回朝・夕食後の処方箋を受け付けた。患者さんに話を聞くと転倒して痛みの訴えがあったが、お腹の張り等の訴えもなく、便秘等の相談もしていないとのことだった。そこで、ジメチコン錠ではなく、シメチジン錠の処方、入力間違いでは？と考え処方医に疑義照会をしたらシメチジン錠２００ｍｇの処方間違いだった。	一般名処方、薬剤名の類似品がある場合は特に患者さんに話を聞いて処方意図と内容があっているかを十分確認する必要がある。	処方内容と患者さんの訴えをよく確認して処方内容に間違いがないかを十分確認する。			ガスコン錠４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
38	Ｒｐ．トフラニール錠１０mg　のところ、トリプタノール錠１０mg　とレセコン入力済。監査者は、入力ミスに気づかず監査を終えた。別の薬剤師が薬時に発見、修正した。	・薬品名の類似。・レセコン入力の際、前回Ｄｏ呼出し入し、変更点に気づかなかった。・監査者は、レセコン入力ミスを見落とし、薬情・薬袋などの印字ミスが起こった。	・前回Ｄｏ呼出し入力の際は、一からの入力時に比べ、変更点に気づかず入力ミスをおかす頻度が高い。　１つ１つ指差しし、落ちついて確認作業する。・監査者は、レセコン入力ミスが薬情・薬袋などの印字ミスにつながる事を認識し、責任もってレセコン入力の確認を行う。	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	フスタゾール散10%の添付文書の投与量を製剤量と記載があるにもかかわらず成分量と思い込み、10倍量を患者様に調剤してしまった。	昨今の薬剤不足により、アスベリン散の代替薬を一覧にまとめ門前医師にお渡ししていた。その容量の記載を2人体制で確認していたにもかかわらず、見逃し10倍量の記載された一覧をおわたししてしまった。	他の店舗にもこの事を報告し、共有した。			フスタゾール散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	シートのデザインが似ているためピッキング間違い時に戻す位置を間違えた	よく観察していれば間違いは防げる	ピッキングを間違えたらよく確認してから定位置へ戻す	アマルエット配合錠１番「日医工」	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
41	クロルフェネシン規格250mgのピッキングするところ　規格125mgをピッキングしていたことに事務員が監査で発見　ヒヤリハットとなった	忙しい時間帯であるということ　継続的にその薬剤が処方されていたこと　薬剤師の慣れ慢心	処方箋ベースで指差し口頭確認を行いピッキングをする	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠２５０ｍｇ「ツルハラ」	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠１２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
42	一包化の際にフェキソフェナジン錠は別にシートで渡す患者。処方監査時に勘違いし、フェブキソスタット錠を一包化よりはずしてシートでお渡ししてしまった。終業後の見直しの際に気付き、患者へ連絡し、フェブキソスタット錠もシートから出して追加して服用してもらうようにお願いした。	フェキソフェナジン錠とフェブキソスタット錠の名称が類似していたため、処方監査時に勘違いし、シートで調剤の指示を送ってしまった。	フェブキソスタット錠はDO処方で前回のレセコン入力もバラ錠で入力されており、一包化の機器へのデータ送付時も別の薬剤師が見ていることから、気付くチャンスは複数回あった。どの段階でも疑問を抱き解決して調剤を進めることが必要である。			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
43	粉砕の過程で、テルミサルタンでピックするところをバルサルタンでピックしていたが、監査者の指摘により過誤を未然に防ぐことが出来た。	施設調剤を多く抱えており、外来も忙しい中で思い違いしたままピックし、ピック時の確認を徹底できなかった。	誤ピックが起こらないように離れた場所に置いてあるが、思い違いは防げないので、どのような場面でも監査システムを活用する様周知する。			バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」 テルミサルタン錠８０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	タンドスピロンクエン酸塩錠５ミリグラム錠「アメル」を投薬するところ２５ミリグラム錠を投薬。投薬後、規格違いの薬を渡したことに気づき、患者さんにお詫びし交換してもらった1週間服用していたが、交換後1週間ほど様子を見ていただいたが、体調等に変化がなかった	業務の多忙時間と焦りが重なり、監査が乱雑となり、投薬時患者さんとの確認も怠りそのまま渡してしまった。	業務マニュアルの再確認。2重チェックの徹底、患者さんとの再確認の徹底、再度認識等の強化をスタッフに伝達			タンドスピロンクエン酸塩錠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
45	近隣耳鼻科、久しぶりの患者様への処方箋。トラネキサム酸（500）6T3ｘの処方を受け付けた。一日量を超えての処方であった為、疑義紹介し、同（250）６Ｔ３ｘに変更になった。	当薬局には、250、500の在庫はあるが、投薬前での対処であった。	レセコンへの入力前に、更に処方内容を確認し、業務にあたりたい。			トラネキサム酸錠５００ｍｇ「ＹＤ」 トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	日頃はアスパラカリウム散の処方がほとんどで、塩化カリウムの処方は少なく、「カリウム」の文字だけで判断。患者交付前、薬剤監査中に発覚。	繁忙時間での焦りと処方頻度の少ない薬剤とそうでない薬剤での取り間違い。一人薬剤師では思い込みも発生する。散剤監査システムの導入が功を奏した。	散剤監査システム。	塩化カリウム「フソー」	アスパラカリウム散５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
47	カルデナリンOD錠2mg、1日1回就寝前、30錠お渡しのところにカンデサルタン2mg30錠で間違えてお渡し。在庫チェック時に数が合わず捜索したところ取り間違い発覚。当日午前中に患者様に電話で確認し、謝罪しすぐに患者様宅に交換に伺った。	繁忙により監査、投薬時に処方箋内容の確認を怠った。調剤時の棚が近く調剤者が取り間違えた。PTPシートの色が緑ということで判断してしまった監査時の薬剤師の知識不足。	一般名処方で先発希望の患者には、処方箋コピーに先発名を記入して調剤する。交付時に再度監査を行い、患者様と一緒に薬剤の確認を行う。名称類似注意喚起の札を棚に貼付する。	カルデナリンＯＤ錠２ｍｇ	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
48	新規薬としてアルファカルシドール錠0.25μｇ　2錠分2朝夕食後で処方あり。通常1日1回である為疑義照会し、2錠分1朝食後に変更になった。	医療機関側が初回用法の確認を怠った。または入力ミスで朝夕食後と入力してしまった。	新規薬は必ず添付文書を開き用法用量を確認する。違和感があれば繁忙であっても疑義照会を怠らない。			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
49	サリベート初回処方での用法が発作時になっていた。患者は喘息があり処方に疑問があったため疑義照会にてサルタノールとの入力違いが判明。	薬品と用法が異なっていたため疑義照会	違和感ありの時は疑義照会する			サリベートエアゾール	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	ベザフィブラート200の処方をクラリスロマイシン200でお渡ししてしまった。	大変混みあっていて同時に数名のピックを行っており、他の患者様に処方されていたクラリスロマイシン200を誤ってベザフィブラート200と思いお渡してしまった。昼時で薬剤師・事務が少ない中、処方量の多い患者様が集中してしまい混みあっていた。薬袋に入れる際に見た目がそっくりだったため誤って他の患者様のクラリスロマイシン200を渡してしまった。ベザフィブラート200が残り、クラリスロマイシン200が無かったが取違と思い次の患者様には処方通りクラリスロマイシン200を渡した。	これまで以上に最低でも3人で確認してから患者様にお渡しする。混みあっているときは休憩時間をずらし、薬剤師・事務共に少なくならないようにする。	ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「日医工」	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
51	リマチル100ｍｇ　処方のところ、調剤者がリウマトレックスを調剤していた。処方監査システムの導入により、入力がリマチルで正しかったためその時点で気づき、リマチルを調剤した。	繁忙期であり、処方せんをしっかり見れていなかった。	処方監査システムを使用、通してから必ず鑑査に回す。	リマチル錠１００ｍｇ	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
52	2歳　女の子　メトクロプラミド細粒2%　4ｇ　毎食前　2日分体重年齢例から用量過量になる為、処方医に疑義照会プリンペランシロップの入力間違いであることが判明。処方をプリンペランシロップ　4ｍｌ　毎食前に変更し、調剤を行った。	医療機関側の入力ミス	調剤の時点である程度、年齢・体重から予測を行う。			メトクロプラミド細粒２％「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
53	一包化するために、フィコンパ錠2ｍｇとデエビゴ錠10ｍｇを被包からそれぞれ取り出して同じような場所にケースに入れて調剤の準備をしていたが、どちらも外観が一瞬同じ錠剤に見えることから、フィコンパ錠2ｍｇを調剤するべき段階で誤ってデエビゴ錠10ｍｇを調剤しようとして、ハッとした。	外観のみで薬剤を判断したり、容器で思い込んだ入りするケースがある。似た薬が近くに並べられていると同じ薬剤と思い込むことがあることが要因である。	外観で判断するのでは無く、薬剤の刻印や印字をもって薬剤確認することが必要である。同じメーカーの薬剤は形も大きさも、色調も類似していることが多いことから調剤の際は必ず識別コードを確認するようにする。	フィコンパ錠２ｍｇ	デエビゴ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	平素よりGHで２つの病院（内科と心療内科）より処方を受けていた患者、内科よりベタニス錠２５ｍｇが処方されていた。精神科の往診を受けた際、頻尿について相談があったようでベオーバ錠５０ｍｇが新規に処方された。弊局薬剤師が効果の重複に気づき疑義照会、処方削除となった。患者には効果の重複となったベオーバは交付されなかった。	併用薬を確認せず精神科が処方を出したと考えられる。併用薬（お薬手帳）の確認を確実に履行する。	必ず過去処方と見比べる。新規薬が出た際は特に注意。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
55	自動分包機のオランザピンOD錠2.5mgのカセットにエスゾピクロン2mgを入れてしまいオランザピンが処方されていたところエスゾピクロンが分包され調剤された。監査時に気付き作り直した。	オランザピンOD錠2.5mgとエスゾピクロン2mgの外観と大きさが似ていてカセットに間違えて補充したと思われる。	カセットに薬を補充する時は必ず複数人で確認しながら補充することを徹底する。	オランザピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
56	夕食後を就寝前と印字してしまいました	多忙中なため	気随てすぐ印字やり直しました。			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
57	錠剤の規格間違えにて、ヒート類似品があり、ピッキングミス。	多忙により前回DO処方でピッキングをしたところ今回から増量になり、処方箋調剤を怠る。	同成分の薬剤に棚の配置を変え、１つ間隔を開けたり段を1段ずらすことで規格ピッキング間違えを減らす。			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
58	普段より当薬局利用の患者さま。ジャディアンス25ｍｇが追加処方されていたが、ジャヌビア25ｍｇで誤入力してしまった。薬剤調製時に、薬剤師が鑑査機器（ポリムス）を使用した時に気がついた。	ジャディアンスが糖尿病薬である認識があり、「ジャ」で入力し、同じく糖尿病薬であるジャヌビアを選んでしまった。規格が同じ25ｍｇがあったため、違う薬を選択してしまったことに気づかなかった。	頭３文字入力の徹底、入力後の自己鑑査について再確認した。また、鑑査機器（ポリムス）の100％実施を再度周知した。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	スピリーバの吸入指導でデモ機を使って説明し、誤ってそのデモ機をお渡ししてしまった。患者から後日やたらと減りが早いのでよく見たら練習用と書いてあると連絡あり、3日間デモ機を使用してしまった	普段からデモ機を使用して説明しているが、外見がまったく同じで説明しながらながら作業で薬袋にデモ機をいれてしまった。	外見が同じため、注意喚起でキャップに黄色で「デモ機！！」とラベルを貼付した。また薬袋に入れる際はながら作業をやめ再度実物であることを確認することを徹底するように情報共有を行った			スピリーバ２．５μｇレスピマット６０吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	前回までサンベタゾン眼自耳科用液0.1%が処方されていた患者。今回リンデロン点眼液0.01%が処方されていたが、処方監査の際前回の処方と同様と考え、サンベタゾン眼自耳科用液0.1%に変更して入力を進めてしまった。調剤の時点で今回リンデロン点眼液0.01%に変更になっていることに調剤者が気付いた。	リンデロン点眼液は0.1%が処方の大部分を占める為、0.1%という思い込みがあったと思われる。	リンデロン点眼液に関しては複数規格あることを再度職員で共有し確認することとした。	リンデロン点眼液０．０１％	サンベタゾン眼耳鼻科用液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	一包化の予製を作製している患者さんで、酢酸亜鉛が25ｍｇから50ｍｇに変更になったため作り直しをしていたところ、酢酸亜鉛50ｍｇの箱の中に25ｍｇのバラ錠が入っており一部25ｍｇが入った状態で一包化。鑑査者が気づいたため、患者さんに交付前に修正。	ヒートとバラ錠を両方集薬したため、ヒートは手順通り確認したがバラ錠は同じ箱に入っているため大丈夫だろうと確認を怠ってしまった結果、今回の事例が発生したと考えられます。	同じ箱に入っていてもヒートとバラ錠どちらも必ず集薬手順を徹底し、また箱に戻す際もダブルチェックを行うことで入れ間違いを防止します。			酢酸亜鉛錠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
62	柴胡桂枝湯の処方を小柴胡湯と入力し、そのまま調剤した	他院での重複薬剤があり、その問合せに気を取られ、入力ミスに気づかなかった。患者の症状を聞いた上で、薬剤情報を確認し、屋外で対応したため、間違いに気づかなかった	入力時、入力後の印刷時、手渡し時と３回、処方せんと照らし合わせる。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	ルムジェブ注ミリオペンHDをピッキングしないといけないところ、ルムジェブ注ミリオペンで入力、監査ともに気がつかず、患者様から話がありルムジェブ注ミリオペンHDだと処方が変わっていたことに気づいた。	・ルムジェブ注ミリオペンHDという薬があったことを知らなかった。知識不足。・定期薬だと思い込み慣れ。・処方箋の読む方の逸脱。	・新規薬、新しい規格の情報を常日頃取得する。・情報共有、連携する。周知する。コミュニケーションとる。・処方箋に印をつける。	ルムジェブ注ミリオペンＨＤ	ルムジェブ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	ピッキングの際処方はボアラだったがロコイドでだしてしまった。鑑査レンジで間違い発覚	忙しくてバタバタしていたため顔の処方であったのでいつものロコイドと勘違いをしてだしたら実際はボアラだった。	いつもでている薬でも違う部位や用法であることもあるので、慢心せずおちついて確認したいと思います。	ボアラ軟膏０．１２％	ロコイド軟膏		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	
65	前回まで先発品処方でタケルダを継続的に調剤している患者の処方が、一般名でアスピリン・ボノプラザンフマル酸塩配合錠と処方され、今まで通りのタケルダと思い込みタケルダにて調剤してしまった。お薬手帳を見た医師より指摘があり、キャブピリンに変更してお届けした。	医療機関で先発名処方より一般名処方に入力が変更される際、変更前の薬と同じ場合が多いことから同じ薬であるとの思い込みが発生していた。	一般名処方を先発で調剤する場合は、調剤時、調剤薬鑑査時も一般名の成分との一致を常に注意しながら調剤しなければならない。	キャブピリン配合錠	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
66	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇの用法が誤って朝食後１錠で病院から処方されていた。	前回出荷調整の影響でアンブロキソール塩酸塩錠徐放ＯＤ錠４５ｍｇを処方したことがあったため、アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇに処方を戻した際に用法をそのままにしてしまったことが原因と考えられる。	出荷調整に伴い変更することがある薬剤の中でも普通錠→徐放錠への変更は用法も変わってくるため事前に情報共有をし、アンテナを高く貼ることが重要だと考えられる。			アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	名前が似ている薬剤の取り違え。	名前が似ていいて、ピッキングに不慣れな事務員が行っていた。監査でも見落としがあった。監査と投薬は同じ薬剤師であったためそのまま渡してしまった。	ピッキング、監査マニュアルの徹底	エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「ニプロ」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	血圧が下がらないためコディオ配合錠ＥＸからテルチア配合錠ＡＰに変更となった。処方箋の記載は商品名ではなく一般名のテルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠となっていた。誤ってテラムロ配合錠ＡＰ（テルミサルタン４０・アムロジピン）を渡してしまった。患者は１回分を服用してしまった。幸いなことに血圧がいつもより下がりが良く１３０台になったことの他に実害は出ずに済んだ。	本来なら処方箋を見て薬を用意するところ、混んでいたため、先に回ってきたお薬情報を見ながら薬を用意した。入力が誤ってテラムロ配合錠ＡＰ（テルミサルタン４０・アムロジピン）となっていたのにそのまま出してしまった。普段なら配合錠の成分が合っているのか、処方箋と薬の箱を比較吟味しているが、患者をかなり待たせてしまっていたため慌てて、それをしないまま薬を渡してしまった。	配合剤の一般名、先発商品名、後発品名、成分名のリストを作成して掲示した。配合剤が一般名で処方されている時は成分名が合っているか薬の箱を必ず確認する。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
69	タケキャブ錠10ｍｇを含む6剤以上の一包化薬14日分を監査。内1包にタケキャブに替わり、カルベジロール錠10ｍｇ「サワイ」が分包されていることに気付いた。両剤とも当薬局でバラ錠製品の取り扱いがある。直ちにバラ錠ボトル内を確認したところタケキャブ錠のボトルにカルベジロール錠「サワイ」が4錠混入しているのを発見した。他の調剤分には混入は見つからず計5錠が混入したと見られる。	両剤は黄色の錠剤で色調は類似しているが、形状がタケキャブ錠は楕円形、カルベジロール錠は円形と異なる。カルベジロール錠を何らかの理由でボトルに戻す際に誤ってタケキャブ錠のボトルに戻したと思われる。原因判明していないが、両剤を同時に使用する一包化調剤中に、余剰の錠剤を戻すボトルを誤ったと推測される。	散・水剤の調製時は処方箋と薬剤ラベルを計量前後の2回確認する手順が遵守されている。バラ錠ボトル使用時も同様に確認する。			タケキャブ錠１０ｍｇ 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
70	前回処方からエンレスト錠50mg　1錠朝食後　で処方されていた。今回から一包化の指示があり、一包化するために取りそろえた、エンレスト錠が100mgであったが、繁忙時のため、その規格に気づかず、一包化を行ってしまった。薬剤交付前の監査は、一包化調剤した薬剤師とは別の薬剤師が行ったが、エンレストの50mgとの形状と色調の違いに気づけず、そのまま交付した。患者さんから、エンレストの自宅の残薬と比べて色調が異なると指摘があり、薬局の分包残のPTP包装包皮・在庫数から間違いに気づいた。患者さんは、当該薬の服用はありませんでした。	エンレストは3規格あり、取り出しやすさのため、アパートは隣接しておいてあります。PTPの色調からは、規格の区別が可能なことから、これまではこの状態で、配置していました。繁忙時でもあり、取り間違えることになりました。	一包化する際には、ピッキング、薬剤確認後一包化、一包化薬監査の3ステップに改める。薬剤の規格を、アパートに大きな文字で表示する対策をとる。			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
71	繁忙期の日数の取り間違え。前回30日分で、今回60日分に変更だが、前回同様だと勘違い。	前回同様と思う事が慢心。再チェックが必要。	前回同様と思う事が慢心。再チェックが必要。			オメガ－３脂肪酸エチル粒状カプセル２ｇ「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	
72	テルチアAPとテラムロAPの取り違え。[般]テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠と、[般]テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠とを読み違え。機械による監査システムによりお渡し前に判明で患者へは影響せず。	1.繁忙な状況2.テラムロAPの調剤が多く、テルチアAPの調剤は当該患者のみ	1.事例の共有2.両剤の箱の上部へ注意喚起の付箋貼付3.当該患者の薬歴へ注意喚起を記載	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	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
73	前回処方のユリス（0.5）と勘違いしてユリス（2）のところを勘違いして調剤した。	薬局閉店後の単独投与。監査を必ずする。	一人調剤でも三度は自己監査する			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
74	スチックゼノールA40g処方のところ、フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」40gで入力。入力チェック、調剤、鑑査全てそのまま通ってしまい、患者様に渡ってしまった。その後当該事務員が当日の入力チェックをした際に間違いに気付き、患者様に謝罪し正しくお渡しした。	いつもお急ぎの方で焦りがあった。スチックゼノールA、フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」共に処方歴があり混乱した。スチックという名称が共通しており、同薬と勘違いしてしまった。	スチックゼノールA、フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」両薬の配置場所に警告メッセージ。パソコン入力：スチックゼノールAの名称の後ろに「名称注意」の文字を登録した。	スチックゼノールＡ	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	予製分包をしていた時にマグミット錠330ｍｇのバラ錠を使用しようとしたところ、ミヤＢＭ錠が混入していた。薬が患者様の手に渡る前だったためことなきを得た。	予製分包時にマグミット錠330ｍｇのところをミヤＢＭ錠をまいていたため変更したところ、抜いたミヤＢＭ錠をマグミット錠330ｍｇの容器に戻してしまった。	隣り合わせになっていた２種類の容器を離すようにして、ながら分包をやめて集中して取り掛かれるようにした。			ミヤＢＭ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	果物やハウスダストなど複数のアレルギーがありディレグラ配合錠が処方。服用時点が朝夕食後であったため疑義照会。その結果、朝夕食間の用法に変更。	抗アレルギー薬は食後服用記載の処方が多く(添付文書上は食後の指定がない場合でも)、ディレグラ配合錠は空腹時投与でないとフェキソフェナジンの薬効が低下することを医師が把握していなかった可能性がある。	空腹時投与の抗アレルギー薬は数少ないため鑑査時に意識して用法を添付文書で確認する。			ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
77	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻ご処方のところ、取り間違えてしまいフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻を取ってしまった。	名前が似ていたため取り間違えてしまった。	一般名処方が増えているため似た名前の物も多く、複数人で確認して間違えないようにしていきたい。声をだして読み上げるなど工夫していきたい。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＤＳＰ」２８噴霧用	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
78	一包化の調剤を行っている最中、自動分包機に充填しているアムロジピンＯＤ錠５ｍｇがなくなり、充填するさいに、規格を間違えアムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇを入れてしまった。調剤したものは、アムロジピンＯＤ錠５ｍｇと２．５ｍｇが混ざった状態になったが、鑑査でも気づかず、そのまま交付してしまった。他の患者の調剤時に間違ったことに気づき、新たに正しく作り直したものと交換することで事なきを得た。	月末で自動分包機の薬剤の充填が少なく、途中でなくなる薬剤が多く、焦っていた。規格を確認せずに思い込みで入れてしまった。監査でも、錠剤が似ているのと、思い込みで見てしまい、気づけなかった。	規格が複数あるものは、他の職員と規格を確認して充填することを徹底する			アムロジピンＯＤ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
79	施設入所中の患者様でツムラ54抑肝散を定期服用されていた。調剤時に誤ってツムラ24加味逍遥散を払い出してしまい、そのまま1日分服用してしまった。	ツムラの帯の色が同じ黄色であり、見間違える可能性があった。またいつも担当している薬剤師が体調不良のため不在であった。直前に漢方を保管する棚の整理を行っており、今回の漢方薬の保管場所が変わっていたことも原因の一つであると考えられる。	見た目だけで薬剤を判断しないよう注意。ダブルチェックの意味を再度確認。	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
80	施設入所の患者であり当該薬局へ処方が来たのが初めてであった。事務による薬剤名の入力ミスがあったが、監査の薬剤師も気が付かず患者の手に間違った薬が渡ってしまった。一週間ほど内服していまい、その後薬剤が違うことに当該以外の薬剤師が気付き、間違いの発見に至った。患者には健康被害は発生しなかった。	当日施設入所の患者処方数が多く、入力する際に事務に焦りが出たと考えられる。薬剤師も事務の入力した内容と処方箋の内容を照らし合わせていたはずだが、十分ではなかったと考えられる。基本的なことではあるが、事務は処方箋内容を間違いなく入力し、薬剤師は処方箋内容と事務が入力した内容をきちんと照らし合わせることを徹底していく必要がある。	忙しい中でも間違いなく仕事を遂行できるように、社員間でしっかりとコミュニケーションをとり、患者に安全な医療を提供できるように業務を行っていく。	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
81	リオベル配合錠HD錠の処方をレザルタス配合錠HDが調剤されていた。	HDという文字だけでうっかり判断して異なる薬を拾ってしまった。またピッキングの監査システムを通さなかったことが要因と思われる。	処方箋の確認に対してはしっかりと確認をする教育を改めて行う。ピッキング監査システムは必ず通すことと指導。	リオベル配合錠ＨＤ	レザルタス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	一般名エスタゾラム錠２mgの処方であったが、調剤者はエスゾピクロン錠2mg「明治」を誤って調剤、監査者は普段使用している監査システムを使用しなかった。投薬時に間違いに気がつき、エスタゾラム錠2mg「アメル」でお渡しした。	監査者が監査システムを使用することを怠っていた。	調剤、監査、投薬までの流れを薬局内で再確認。必ず監査システムを使用するよう徹底する。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	一般名処方のデキストロメトルファン臭化水素酸塩15mg　3錠　分3毎食後　7日分のところをレスプレン20?rで調剤して監査でも気づかず投薬した。毎日棚卸で数が合わずに患者さんに確認したところ取り違えていた。1錠を服用されていたが健康被害はなかった。すぐに交換に伺い2回目からの服用は正しいデキストロメトルファン臭化水素酸塩15?rの服用ができた。	一人薬剤師最近まではデキストロメトルファン臭化水素酸塩の入荷がなくレスプレン錠20?rを調剤することが多く咳止めをレスプレン20?rと思い込んで調剤、投薬してしまった。	一人薬剤師のため処方箋による監査の後に薬情の写真による監査もしている。デキストロメトルファン臭化水素酸塩15?r「ツルハラ」とレスプレン20?rの画像が同じようなブルーの文字で判別がしにくので判別しやすい画像に変更した。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「ツルハラ」	レスプレン錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	久々に受診された患者で、ドパコールL100mgがL50mgへ変更になっていたことに気付かず処方入力し、一包化のため分包機にデータが飛んでいた。鑑査者が分包する前に気付き調剤には至らなかった。	久々の来局だったがdo処方と思い込み処方変更に気付かなかった。データを確認した薬剤師も処方箋と見比べたが気付かなかった。	他規格ある薬剤を把握し、意識して入力・調剤を行う。鑑査と一包化前の入力データ確認は別の者が行う。	ドパコール配合錠Ｌ５０	ドパコール配合錠Ｌ１００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
85	アレジオン錠10の棚にアレジオン錠20が混合し充填されていた。	調剤する際に気が付き、正しい規格のものを取ることができた。前回調剤した薬剤師が誤って片付けたと考えられる。	棚にアレジオン錠10と20があるということをシールに書いて貼り付けた。また、注意喚起した。			アレジオン錠１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	一般名処方でフルチカゾンプロピオン酸エステル５０マイクロ１１２噴霧点鼻液の処方について、モメタゾン点鼻液５０マイクロ１１２噴霧の薬剤で交付してしまった。交付翌日、事務員が入力について処方箋チェック監査していた時に、薬剤を前回処方時の薬と同じ内容のもので入力してしまったことに気づき、すぐに患者様に連絡したところ、まだ未使用とのことで、交付したモメタゾン点鼻液５０マイクロ１１２噴霧点鼻液を回収し、フルチカゾンプロピオン酸エステル５０マイクロ１１２噴霧点鼻液をお渡ししたので、健康被害はなかった。	処方箋入力時、前回処方を参考に入力している。点鼻液以外の内服薬はすべて同じ内容で処方日数が少し増えたため、点鼻液も同じ内容で５６噴霧の処方が１１２噴霧に増えたものと入力事務員、調剤者、交付者、すべてが思い込んでいたために取り違えてしまったと考える。一般名処方なので、記載が類似していることも取り違えた原因のひとつかとも思われる。	今回、かかわった職員全員、入力者、調剤者、監査者、交付者、すべてが同じように思い込んでいたことおおきな問題と考えるが、一般名処方に関しては、まず、一般名を指さし確認してから調剤医薬品を確認し、必ず、２名以上で声に出して確認することとした。	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	モメタゾン点鼻液５０μｇ「杏林」１１２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
87	シクレスト舌下錠5ｍｇが１回10ｍｇ分2朝夕食後で処方されていた患者に、夕食後にシクレスト舌下錠5ｍｇが追加処方された。シクレスト舌下錠は最高用量は１回10ｍｇを１日２回までだったが、監査時見逃してしまった。投薬前に、違う薬剤師が再監査時に用量が多いことに気が付き、医療機関へ疑義照会を行い、追加処方削除となった	薬剤のピッキング、監査の注意不足、確認不足、知識不足。	処方薬の添付文書の確認、用量の確認、レセコンによる用量チェックを徹底すること。			シクレスト舌下錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	従来の薬剤は、10錠包装単位か、14・21錠包装単位が主であり、今回のような12錠包装単位の薬剤は、特に取り間違えが起こりやかった。	上記の如く、12錠包装から、包装単位から変更を望む。	監査者は複数人で今後も実施する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	エンレスト錠100mgを長く服用している患者さんが今回、エンレスト錠50mgに変更。入力が100mgのままで入力。100mgのまま調剤、監査まで終了。投薬する薬剤師が間違えに気づく。患者様にお渡しする前に発覚。	バーコードなしの手打ち入力の処方箋で繁忙期であったため、そのままdo処方で入力してしまった。思い込みが原因。	バーコードがあれば必ず、バーコードを読み取る。手入力の時は特に気を付ける。	エンレスト錠５０ｍｇ	エンレスト錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	当薬局をいつも利用している患者が処方箋を持って来局した。ベオーバ錠50mg就寝前で処方されていた。	忙しい時にベオーバ錠50mgを間違えて同じ過活動膀胱治療剤のベタニス錠50mgを計数調剤した。	忙しくても処方箋や薬歴、お薬手帳等しっかり確認をしていく。	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
91	FAX処方箋受付　→ニトラゼパム錠5ｍｇ×0.5錠　20回頓用の調剤忘れに投薬時気づく。　→すぐ調剤すると患者に説明しまってもらう。　→フルニトラゼパム錠1ｍｇ　×0.5錠　20回頓用を調剤　→再度投薬時に錠剤の色が違うことから誤調剤発覚	FAX処方の作り忘れ　→調剤時は繁忙時間だったことから見落としと思い込み誤調剤→前の患者さんがフルニトラゼパム錠1ｍｇだったことから記憶の混同が起こっていたと思われる　→ピッキング時、分包前後の処方箋とのチェックを飛ばす。早くしなければという焦り	投薬時に異常が発生した場合は、患者さんに一旦待合の席で待ってもらうよう説明し、自分が焦らないように時間を作るようにする。手順を守らなかったことについては、医療者の自覚がなかったことから再度、責任感を持って業務に取り組む。	ニトラゼパム錠５ｍｇ「ツルハラ」	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
92	白内障手術後に眼圧上昇があったとのことでダイアモックス錠とアスパラカリウム錠が一般名で処方されていた。レセコン入力中に事務員同士で一般名処方の薬と取り揃えた製品名と照らし合わせていたところ、アスパラカリウム錠300ｍｇのところ「アスパラ」としか伝えなかったため、Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇサワイと入力してしまった。アスパラカリウム錠はバラ錠しかなかったため、ＧＳ－１コードを読み取る監査システムを通さなかったため、入力ミスに気がつかなかった。	・医薬品等に詳しくない事務員が勝手に医薬品等について略語を使っていることを把握できていない部分があった。・監査システムを投薬口に設置し、運用しているためバラ錠などを監査する際に製品によってはパッケージを薬棚から持ってこないと監査できないので忙しい時に省略してしまう事がある。	・薬剤師を含めた職員全員で用語の統一を図ると共に略語については原則使用せず、使用する場合は共通認識をもって運用することとした。・バラ場やＧＳ－１コードをシート等から読み取れない場合はピッキングしたものがGS-1コードがついているものも一緒に投薬口まで持って行き監査システムを通すこととした。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
93	処方箋の「【般】ジクアホソルナトリウム点眼液３％５mL（１日３回）２瓶　1日両目３回」との記載を見て、ジクアス点眼にて入力を行い、調剤鑑査を行った。患者さんはそのまま使用し、３月の処方箋受付時に誤って調剤していたことに気が付き、医師に電話にて報告を行い、患者さんに謝罪の上説明を行った。	ジクアス点眼は１日６回点眼の用法だが、患者が高齢であることから点眼回数を減らしていると考えていた。またジクアス点眼の一般名が「ジクアホソルナトリウム液（１）」、ジクアスLX点眼の一般名が「ジクアホソルナトリウム液（２）」であり、数字がついていいないことで、どちらの処方であるか気が付くべきだったが、それぞれの一般名処方の記載方法を理解していなかったこと、またLX点眼は先発しかないため先発名処方で出るという先入観があり、調剤鑑査時にも気が付くことができなかった。	薬局スタッフ全員で、ジクアス点眼とジクアスLX点眼の用法と一般名処方の方法について共有した。	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
94	硬便にてマグミットを服用しようと思い、カロナールを服用した。訪問看護師が、便状確認時疑問に思い確認。	PTPシートが類似しており、認知症高齢者２人暮らしの頓服薬管理方法が急激に悪くなっていた。。長期服用しており、飲み間違えはなかったことから、薬剤の保管状況を優先して、PTPシートにて投薬継続していた。	それぞれ一錠ずつの屯用薬ではあるが、分包し、服用時の記載を大きい文字で記入した。			カロナール錠２００ マグミット錠３３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	ツムラ抑肝散が処方されていた。包装には黄色地に54と記載されている。取り間違えたツムラ加味逍遙散は同じく黄色地に24と記載されている。調剤棚の近いところに保管してあったため、慣れから包装が似ている後者を調剤してしまった。	ピッキング監査システムの確実な運用	ツムラの漢方薬の番号は下一桁で色が同じなので場所を離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
96	処方箋にはノボリン30R注フレックスペンと記載。取り間違えからノボラピッド30ミックス注フレックスペンを調剤。監査時に間違いに気が付いた。	繁忙時間帯に焦りから取り間違え	調剤過誤防止ピッキングシステムは必ず通すこと。	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
97	翌日患者さんよりお電話があり、違う薬剤をお渡ししたことがわかった。	思い込みと確認不足によって異なる薬剤を調剤されたことに気づかず、お渡ししてしまった。	処方箋や薬情の写真と薬剤をしっかり照らし合わせて確実に調剤監査する。投薬口でも薬情と薬剤を患者さんといっしょに確認してお渡しするのを徹底する。	エピデュオゲル	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
98	リスパダールOD0.5mg 1T 10回分頓服処方のところ、レキサルティOD0.5 10Tで調剤。	薬剤のシートデザインが類似。劇薬で五十音も同じラ行のため調剤引き出しが同じ。	薬剤どちらかを引き出しから棚へ移動。思い込みでの調剤を避けるため処方箋の確認を徹底。	リスペリドンＯＤ錠０．５ｍｇ「サワイ」	レキサルティＯＤ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
99	アムロジピンＯＤ２．５ｍｇからアムロジピンＯＤ５ｍｇに増量された処方。他薬５品目と分包した。投薬時に付き添いの方に説明している時に薬包の中に入っている薬が２．５ｍｇのままである事を見つけて，作り直したうえで投薬した。	レセコンから分包機にデーターを飛ばすときに前回同様で送ってしまったこと、分包機で作る前の確認画面で２．５ｍｇを５ｍｇと思い込んで作成スタートした。	確認画面の表示を薬名と薬量を続けず、２文字分空白を入れた。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	リアルダ錠は８錠シートだが１０錠シートと思い込み調剤。監査時気づかず交付。	１シート＝１０錠シートと思い込み。	錠数をしっかり確認する。			リアルダ錠１２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	アレジオン点眼　0.05%処方のところ、アレジオン点眼LX0.1%を調剤した。	ほとんどの処方がアレジオンLX点眼0.1%だったため、思い込んでしまっていた。	再度、処方を見たとき、調剤のとき、監査者に渡す際に用法用量と共に規格を確認する。			アレジオン点眼液０．０５％ アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
102	アムロジピンＯＤ２．５ｍｇから５ｍｇに増量になった。他の薬品５品と一緒に分包した。付き添いの家族に投薬する時に今回血圧の薬が増量になりましたと説明しながら薬袋の中の薬を指示したときに間違いを発見された。正しい５ｍｇが入ったものを作り直して投薬しました。	レセコンから分包機に処方内容を飛ばして、分包機のパソコンで確認時にデーターを訂正しなければいけないのにそれを怠った。	含量が判読しやすいよう、分包機のパソコンの薬名薬含量の表示を改善した。今までは薬名に続けて薬含量を表示していたが、薬名と含量の間を２文字分空白にした。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	名前が似ているため取り違えた	思いこみが原因	あやふやな時は今日の治療薬で確認する	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「日医工」		ヒューマンエラー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	ヒルナミン細粒１０％を事前に分包しており、０．０５ｇ、０．１ｇ、０．１５ｇと三種類作っていた。薬局実習生により０．０５ｇ処方されていたところ０．１ｇと取り間違えてしまい、気付かずに渡してしまった。	処方箋内容の確認不足。監査での見落とし。	監査の見直しの徹底。			ヒルナミン細粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	患者様処方箋をもってご来局。イムランの半錠処方。正しく調剤。同じ場所に他の人が調剤したワーファリンの半錠がおいてあり、監査者が誤ってワーファリンの方を薬袋へ。投薬時に判明し正しく直し交付。	繁忙状況であった。監査者の注意不足。	監査時に薬剤の印字まで確認する。調剤したものは置きっぱなしにせず監査者に直接渡す。	イムラン錠５０ｍｇ	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
106	処方箋には一般名で「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液」と記載があり、コピーを見ながら調剤中、「フルチカゾン」「点鼻」の記載で、当薬局で処方が多い「フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液」を調剤してしまった。	混雑していた時間であり、時期的にも花粉によりフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液の処方が多い状況だった。	今回の2種類に関しては、同じ規格の薬はないため薬品名だけでなく規格まできちんと確認してから調剤を行う。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」２８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	
107	一般名処方【般】レボドパ100ｍｇ・カルビドパ配合錠を調剤する際にメネシット配合錠１００ｍｇを調剤すべきところスタレボ配合錠を調剤した、監査した薬剤師も気が付かず投薬する薬剤師が投薬時に間違いに気づいた。	一般名からの調剤では、入力時、一般名と紐づけされる薬品の銘柄名を処方箋一般名の横に手書きで記入するようにしている。入力者が誤って入力したのは、２剤の一般名が【般】レボドパ100ｍｇ・カルビドパ配合錠、【般】レボドパ100ｍｇ・カルビドパ10・エンタカポン水和物、と似通っているためであり、レボドパ100ｍｇ・カルビドパ配合錠を選択すべきところを誤ってレボドパ100ｍｇ・カルビドパ水和物10ｍｇ・エンタカポン配合錠を選択した。そのため、処方箋の一般名の横にはスタレボ配合錠と記入されており、それに従い事務員がピッキングした。監査した薬剤師も誤りに気付かず、投薬する薬剤師が気が付いた。	Ｆａｘで受け付け、Ｆａｘで入力した。Ｆａｘのため二次元バーコードを読み取れず手入力した、二次元バーコードで読み取れば入力時に間違うことはなかった。一般名処方が類似している薬品、特に配合錠に注意すべき。注意が必要な一般名の類似する薬品を洗い出し確認した。	メネシット配合錠１００	スタレボ配合錠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
108	ツムラ清肺湯エキス顆粒が５ｇ分２朝夕食前で処方された。清肺湯は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。	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	3月入社社員によるピッキングでアジルサルタン錠20mg「武田テバ」とオルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」とのピッキング間違い。目視監査によりすぐに調剤しなおしたが普段より調剤棚のこの一角ピッキング間違い多いと他スタッフより指摘される	棚を斜め配置に変える。名称フダを目立つようにする等工夫はしている。	監査システム導入	アジルサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
110	五苓散を渡さなければならないところ五淋散を渡した。	指さし確認をする。声に出す。特定の患者にしか出ない薬剤は覚える。	なし。	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒（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
111	コロナ感染のため、車でのお届け依頼がクリニックより連絡あった。この月はコロナ感染が多く、車お届けが頻繁だった。 来局患者の対応もあり、いつも通りに調剤したが、アストミンとアゾセミドの名称が似ているため、調剤棚の配置も横並びになり、且つ似たようなデザイン（白地に青字）のPTPシートであるため、間違って調剤してしまった。他薬剤師も来局患者に追われているため、結果的に一人調剤・監査となりダブルチェックもできず、「たぶん問題ないだろう、間違いない」という、慢心からミスに至った。毎回、患者さんに渡すときはお薬を確認してからお渡ししていたが、確認していたにも関わらずスルーしてしまった。AM11:50ということもあり、昼休み前で集中力が低下していのかもしれない。２日後にのどの渇きがひどくなった、咳が一向に良くならない。見てみたらアゾセミドという名前なのだが、問題ないか？と患者より連絡があり発覚した。	一人調剤・監査によるダブルチェックができない仕組み似たようなデザインと名前による間違え。頻繁に取るようなお薬同士の棚の配置。繁忙による仕事の煩雑さ。	調剤後のダブルチェックの強化。時間はかかるが、手の空いた薬剤師と一緒に取りそろえた薬剤の確認を必ず行う。コロナ感染でよく処方される薬剤は別な棚に移動して、コロナ・風邪処方専用の場所を設けた。お届け患者の選定を行うことで、お届け患者を減らして来局患者に集中できるようにクリニックと相談させていただいた。薬局に患者がいないときはお届けではなく、来局をお願いした。症状がひどくない患者に関して来局していただき、お薬相談用のブースがあるため、そちらで感染に注意をしながら投薬を行った。	アストミン錠１０ｍｇ	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
112	アーリーダー112錠処方されたが、ピッキング錠数が100錠だった	ＰＴＰ包装が1シート10錠だと思い込んでいたが、実際は8錠包装だった	特殊なＰＴＰ包装の洗い出し、共有を行った			アーリーダ錠６０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	血圧がなかなか下がらないということで、カンデサルタン・アムロジピン配合錠からアジルサルタン・アムロジピン配合錠に変更になった患者様。一般名処方で、ほかの薬は全く変更なし、前回と同じ内容だと思い込み、変更なしの以前の内容のカムシア配合錠のままで調剤交付してしまった。その後、処方箋のチェック時に薬剤が違っていることが判明し、翌日、患者様宅にお詫び訪問し、薬剤交換を行った。	一般名処方の場合、見た目があまり変わらないこともあり、レセコン入力者、調剤者、薬剤交付者、のどの段階でも気づかず、このため、監査システムもスルーしてしまった。一番は来局時に、繁忙だったせいは言い訳にならないが、体調に変りないかどうかの問診をきちんと行わなかったことが原因と考えられる。	繁忙であるときこそ、来局時に必ず、体調確認の問診を行う。薬局内に調剤の流れのマニュアルは掲示してあるが、職員全員に周知徹底する。	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	アゼプチン1ｍｇ126錠を準備するところアゼプチン26錠は引き出しから取り、残り100錠はストック棚の（ア）のカゴから取る際にアゼプチンのそばにあったアゼラスチンを誤って取ってしまったと思われます。ご本人は令和６年２月から鼻炎症状が出てきたのでアゼプチンを服用され、アトルバスタチンも３０錠服用されました。その頃から胃の不調、口内炎、倦怠感が出てきて薬の名前を確認したところアトルバスタチンであることがわかり、来店されました。併用薬にエゼチミブ、エパデールＳがあり高脂血症の薬が重複されたことになります。	ピッキング監査システムは導入しており、アゼプチン1ｍｇはＪＡＮコード読み取り確認。残りの100Ｔは読み取りしていないので通過してしまいました。写真の保存もしているのでよく見れば気づくこともできたのにと思います。この方の前に調剤した方がわがままな要求が多く手こずっていたらしく、忙しい中時間のロスがあり、薬剤師は焦りや集中力の低下があったのではないかと推測します。処方元の先生にも連絡し詳細をご報告しています。早めの受信をお勧めしましたが、ご本人は3月初めには予約日があるのでその時まで様子見ると言われ、先生も定期的に血液検査もしているので、確認しておくと言ってくださいました。	令和5年8月に薬局の改装をして調剤ロボット「ＲｏｗａＶｍａｘ」を導入、全品目ＧＳ1コードで管理しているためこのような事例は防げるようになりました。ただ、今後は機械だけに頼るのではなく常に集中力を切らさず気を付けていきたいと思います。3月に再度処方箋を持ってこられ、体調不良もよくなられたとのことでほっとしました。	アゼプチン錠１ｍｇ	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	ヒアルロン酸点眼液0.1%「センジュ」をピックアップすべきところをヒアルロン酸点眼液0.3%「ＴＳ」をピックアップしていた。	処方箋をよく確認せず思い込みにてピックアップしていた。	処方箋をしっかり確認してピックアップする。	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１%「センジュ」	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液０．３%「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	処方箋指示に、チラーヂンS錠50μg、チラーヂンS錠25μｇ、チラーヂンS錠12.5μｇ　各1錠分１朝食後の指示。前回指示はチラーヂンS錠50μｇ　1錠分1朝食後であり、患者に確認して、増量との話であったため交付。後で取りに来るという事で調剤済に。該当処方先の病院より、実際は減量であり、チラーヂンS錠25μｇとチラーヂンS錠12.5μｇ　各1錠分１朝食後へ指示訂正となった。チラーヂンS錠50μｇの指示削除となる。後で受け取りであったため、誤った投与量でお渡しはしなかった。	患者からの聞き取りが不十分であった。よく確認して、増量か、減量なのかをきちんと把握、認識するべきであった。処方指示が誤った状態であるため、薬局では患者への確認のみが唯一の手段であるが、意思疎通を普段から行うよう努める必要があった。	あらためて、指示変更あった場合、変更内容を確認して整合性があるか確認する必要がある。また患者への聞き取りも普段から積極的に行い、話がしやすい状況をつくる必要があると思いました。			チラーヂンＳ錠５０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
117	モンテルカストのOD錠を他薬局で受け取り、当店では普通錠での調剤だった	OD錠を年齢や服用の問題で利用するのではなく調剤する薬局と必要により調剤する薬局がある。どのように使い分けるかのルールより、在庫で判断することが多いようだ。	調剤前に後発品を確認して調剤する			モンテルカスト錠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
118	処方入力の際、読み取ったデータが、レルベア200（14吸入）であった。調剤が済み、監査システムで監査しようとしたところ、処方せんが30吸入に訂正されていたのに気づき、入力を訂正。吸入を取り変える際、間違えてテリルジー200（30吸入）を調剤。監査システムで間違いを指摘されるも、データ取得までタイムラグがあるため、そのエラーだろうと思い込み投薬。患者さんに見せながら説明していた際に、取り間違いに気づいた。	普段の業務に慣れが生じていた。	監査システムに頼るだけでなく、再度目視して確認する。	テリルジー２００エリプタ３０吸入用	レルベア２００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	デュロキセチンを調剤するところ、デュタステリドAVを調剤してしまった。	名前が類似している点と忙しかったというところでミスが起きてしまった。	薬局にバーコード確認の機械を導入することにしたので対策がはかれると考えます。	デュロキセチン錠２０ｍｇ「トーワ」	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「トーワ」		ヒューマンエラー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	フルチカゾンプロピオン酸エステルとフルチカゾンフランカルボン酸エステルを間違えて調剤。監査者も気づかずそのまま投薬。	門前から処方されるのが大体フルチカゾンプロピオン酸エステルのほうが多くフルチカゾンの部分だけで調剤、投薬をしてしまった。その際、薬局の在庫が足りず不足分を発注する際に発覚。患者はまだ使用していなかったため健康被害はなし。	外用はしっかりと語尾、剤形、規格までしっかりと確認し、処方箋に丸を付けてチェックしながら調剤、監査を実施。薬情の写真とも照らし合わせる。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「三和」２８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	
121	一般名で処方。ぱっと見て判断してしまった。	メンタルの一般名処方似た名称多いので通常以上に注意が必要	似た名称の物はｍｇ数まで注意深く見ること	エスシタロプラム錠１０ｍｇ「トーワ」	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	ロキシスロマイシン「サワイ」が供給困難で入荷が止まっていた為、他メーカーの在庫で「トーワ」の在庫を保有したものが、引き出しの中で混在してしまっており、ピッキング時に混合で取り揃えられてしまっていた。	入荷困難でメーカーの切り替わりが多い為、随時切り替わる予定の者は調剤棚に付箋などを貼って啓蒙をしているが、ロキシスロマイシンはそれが成されておらず、充填の際にメーカー違いに気が付かず混同して充填してしまった事が要因として考えられる。	入荷困難な品目の整理とスタッフへの周知を行い、切り替えのタイミングでレセコンの採用薬の切り替えなど報連相を行う事でお渡し間違いの無いように取り組む			ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	処方箋はリーゼだったが、デパス0.5のGEで調剤、監査で投薬してしまった在庫管理の際に発覚して患者様に連絡し正しい薬と交換した	同効薬のため同じ場所に保管している当薬局ではデパスのGEのエチゾラムの方が多く処方されていたため思い込みの可能性あり	再度、処方箋確認・監査を徹底する	エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＳＷ」	クロチアゼパム錠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
124	一包化の調剤でマグミット錠500mgのカセットにビオフェルミン錠剤が混在していた。調剤者の一包化のチェックでは薬の数のみのチェックで見逃してしまい、監査の時点で発見された。	マグミット錠500mgのカセットにビオフェルミン錠剤が混入していた。カセット充填時にダブルチェックを怠っていた。一包化監査の際には薬の数だけでチェックしていた。	自動分包機への重点の際には必ずダブルチェックを行う一包化監査の際には医薬品数だけでなく、医薬品名まで確認を行う。	ビオフェルミン錠剤	酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	透析患者に対してロコアテープが処方されており、ロコアテープは禁忌「重篤な腎機能障害のある患者」が記載されていた為、監査の際、医療機関に疑義照会を行った。ロコアテープからモーラステープLに変更となった。	患者様は医師に透析をしていることを受診時に話していた。ロコアテープの禁忌に「重篤な腎機能障害」とあるが処方されていたため、患者本人に確認し、医師から何も説明されていなかったようなので、疑義照会をして他の貼り薬に変更となった。	新しく追加された薬などは特に警告、禁忌欄を注意深く確認する。			ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
126	処方せん入力時、２次元バーコードスキャンするため変更調剤必要である。用法選択する際Do入力を紐づけてしまい黄色ワセリン、サリチル酸（ケンエー）のところを誤って黄色ワセリン、ｄ-カンフルと入力してしまった。正しいお薬をピッキングし監査機でエラーがでて発覚した。	忙しい時間だったのかDo入力を紐づけてしまい調剤録での入力確認も怠ってました。	処方箋入力時、Do入力を紐づけないシステムにした。念のため調剤録と処方箋を目視で照合するようにした。	サリチル酸「ケンエー」	「純生」ｄｌ－カンフル		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
127	一般名処方でGE希望の患者様に先発品をお渡し。	一般名処方でもGE希望の方と先発品希望の方が混在するため、薬歴をきちんと確認しないとその方がどちらを希望しているのか不明なまま投薬してしまうことになる。入力はきちんとできていたため薬袋や薬歴等確認できるツールはあるのでいろんなところに目を配って確認を怠らないようにする。	薬袋・薬歴湯確認できるツールをきちんと使う			リボバス錠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
128	エルデカルシトール0.5が処方されていたがアルファカルシドール0.5を入力してしまった。	エルデカルシトール0.5の処方数は少なく、また、アルファカルシドール0.5の処方数が多いため。	きちんと処方箋を確認する。	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「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
129	ベサコリン散０．６ｇ　分２で処方されていた。 分３と勘違いして　1包０．３ｇ　ではなく０．２ｇ包の予製したものを患者様にお渡ししそうになった。	日数の計数間違いもあり、監査時の総量は合っていたため間違いに気が付かなかった。	1包　０．２ｇ　　または、1包　０．３ｇと印字してあるがさらに大きい文字で印刷して　視覚的に間違えないようにする。 分２処方が稀なので、患者様に投薬時、服薬回数の再確認をしてお渡しするようにする。			ベサコリン散５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	ユーエフティ配合カプセルT10ｍｇ　１箱120カプセル入りのところ100カプセルと思い込み調剤。	思い込み。確認不足。	棚に「1箱＝120ｃｐ」とポップを付け注意するよう指導。			ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
131	アゼプチン1ｍｇ（2T分2、63日分）、126錠を準備するところアゼプチン26錠は引き出しから取り、残り100錠はストック棚の（ア）のカゴから取る際にアゼプチンのそばにあったアトルバスタチンを誤って取ってしまったと思われます。監査の際にも気づかずそのままお渡ししてしまいました。ご本人は令和6年2月から鼻炎症状が出てきたのでアゼプチンを服用され、アトルバスタチンも30錠服用されました。その頃から胃の不調、口内炎、倦怠感などの症状が出てきて不審に思い薬の名前を確認したところアトルバスタチンであることに気づき、来店されました。併用薬にエゼチミブ、エパデールSがあり高脂血症の薬が重複されたことになります。	ピッキング監査システムは導入しておりアゼプチン1ｍｇはJANコードを読み取り確認。残りのアトルバスタチン100錠は読み取りをしていないので通過してしまいました。写真の保存もしているのでよく見れば気づくこともできたのにと思います。この方の前に調剤した方がわがままな要求が多く手こずったらしく、忙しい中時間のロスがあり薬剤師は焦りや集中力の低下があったのではないかと推測します。処方元の先生にも連絡し詳細をご報告しています。早めの受診をお勧めしましたが、ご本人は3月初めには予約日があるのでその時まで様子見ると言われ、先生も定期的に血液検査もしているので、確認しておくと言ってくださいました。	令和5年8月に薬局の全面改装をして調剤ロボット「ＲｏｗａＶｍａｘ」を導入、全品目ＧＳ1コードで管理しているため今回のような事例は防げるようになりました。ただ、機械にばかり頼るのではなく常に集中力を切らさず気を付けていきたいと思います。3月に再度処方箋を持ってこられ、体調不良もよくなられていたのでほっとしました。	アゼプチン錠１ｍｇ	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	2種類の軟膏の混合後　軟膏とクリームのラベルを間違えて軟膏容器に貼ってしまった	注意不足	軟膏の名称を声を出して最後まで確認する			ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム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
133	空腹時の薬が食後服用になっていた	花粉症に処方される薬の種類の多さ	知識向上			ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
134	兄弟２人分の処方。シロップの風邪薬と、ヘパリン類似物質ローションが一般名で処方されていた。２人分の処方入力と風邪薬の作成を済ませ外用薬をピッキングし局内の鑑査システムに通したところ、ヒルドイドローションが１本ずつのところ２本ずつでピッキングされていた。１本の内容量を25ｇと勘違いして用意してしまった。	１本の内容量を先入観で記憶していること。	先入観で判断せず、ボトルの記載を確認すること。			ヒルドイドローション０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	コロナ陽性で１７歳患者にラゲブリオを処方。適応１８歳以上。疑義によりパキロビッド600に変更になった。	処方元が成人以外の受診がほとんどないため、用法用量の年齢制限を意識していなかった。	未成年者の処方箋に対し、用法用量の確認を愚直に行う。			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
136	エリスロシン錠200を調剤する所をエンレスト200と取り間違い。監査時に他薬剤師が取り間違いを発見、薬を取り直したことで投薬ミスを未然に防ぐ事ができた。	処方箋と薬のパッケージの確認時、薬品名の頭1～2文字と規格の部分だけ確認して調剤したことが原因と推測。対策として調剤時は薬品名・規格を全て確認しから開始、随時確認も行い可能であれば監査へ回す前にもう１度確認を行うよう努める。監査や投薬時だけでなく調剤時も出し間違いを意識する	全体で随時確認し、投薬前に間違いを起こさないよう意識していく。	エリスロシン錠２００ｍｇ	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
137	透析患者に処方された沈降炭酸カルシウム錠500ｍｇを炭酸水素ナトリウム錠500ｍｇを見誤り計数調剤。監査にて患者に渡す前に気づき修正。	同患者様が長期間入院をされており来局が年内初と期間があいたこと。加えて沈降炭酸カルシウム錠500ｍｇも炭酸水素ナトリウム錠500ｍｇもともに処方頻度がかなり低い薬剤であったこと。取り違えた薬剤の名称や外見の類似性。	レセプト入力画面と患者薬歴伝達事項欄に類似医薬品あり注意喚起記載。処方箋を確認しながら一致を確認しながらの調剤。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	オルメサルタンOS5mgのところOD10mgで交付	いつも利用している患者で処方内容変更なく交付時にも薬剤の確認を簡単にすませ詳細を伝えず交付してしまった。	同規格ある薬剤は注意喚起のシールがあるので指差し確認し調剤鑑査する			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
139	以前、疣贅でコタローヨクイニンエキス錠が処方されていた患者が再来局され、今度はツムラ苡仁湯エキス顆粒が処方されていた。患者曰く、錠剤が飲みにくいので粉薬にしてもらったとのこと。	漢方薬で名称類似品なので処方元が単純に同じ成分の顆粒剤と勘違いした模様。	薬局内知識の共有、名称類似品に注意			ヨクイニンエキス錠「コタロー」 ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	一般名処方でクエン酸第二鉄錠２５０ｍｇの処方であったが、クエン酸第一鉄錠５０ｍｇで入力、調剤、監査して患者様ご家族にお渡ししてしまった。後ほど再度ご家族が来局され、本人が薬が違うのではないかと言っているとの指摘がありミスが発覚した。	前回まで別の病院でクエン酸第一鉄５０mgの処方で出ていた。今回から病院が変更になり、クエン酸第二鉄へ処方が変わっていたが、前回通りとの思い込みもあり、前回と同じ薬を薬歴から引っ張ってきて入力してしまった。そのまま調剤、監査でも気づけなかった。お渡し時もご家族であったこともあり説明が不足していた。	一般名処方の場合は特に末尾、規格単位まで確認する。今回から病院が変更になったがその理由などを確認し、薬が同じでよいか確認するべきだった。	リオナ錠２５０ｍｇ	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	施設入居者で、薬をキャビネットに配薬し1週間ごとに届けている。薬は一包化していてカルボシステインが含まれている。またマグミット(330)1T/回は調節服用のため別包にしている。施設看護師より、3/5夕の分でマグミット(330)の代わりにカルボシステイン(250)1Tの分包が入っていたため抜いておいたと連絡があった。お詫びして、薬を回収した。	服用しなかったマグミットを回収する時に、以前別包していたカルボシステインの分包と混ざってしまった。分包品に薬品名が書いてあるが、錠剤の色や大きさが似ており、一見区別がつきにくかった。	残薬回収時には薬の内容を確認する。キャビネット配薬時は、分包や錠剤の数だけでなく、患者名や薬品名など分包品の記載に間違いがないか確認する。			マグミット錠３３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
142	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒が処方されていたため、患者に「腰痛ですか？」尋ねたところ、そういった症状はなく、めまいで相談したとおっしゃられたため、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒との処方間違いを疑い、問い合わせ。その後処方はツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒に切り替えになった。	医師は完全に勘違いされていました。	特になし。			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
143	イトプリドとアテノロールのピッキングミスが生じた。	ヒートのデザインが似ており、近い位置に配置していたことが原因と考える	イトプリドを棚ではなく、調剤台の上に配置し、アテノロールとの距離を離した。	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」	アテノロール錠２５ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	レグナイト錠300mgの処方に対してレグテクト333mgを調剤した。	来局人数が多く、急いで調剤を行わなければならない状況であった。名称類似で慣れによる流れ作業も重なり起こった事例だと思われる。	調剤棚に注意喚起の記載を行う。	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
145	平素から当局を利用していただいている患者が門前処方せんを持参された。セパゾン錠２ｍｇのみの記載で受け取り時に「初めての薬ですね。」とお声がけすると「検査をして飲むことになった。」と返答があった。検査をしたことに疑問を感じ、門前に確認をしたところ、セフジニルカプセル100ｍｇの選択間違いだったことが判明した。膀胱炎で服用するため、処方内容を正しいセフジニルカプセル１００ｍｇに変更となった。	処方医がセパゾンとセフジニルを選択し間違えた。	門前からセパゾン錠が処方された場合は、患者に確認と門前に確認を行うことにした。			セパゾン錠２ セフジニルカプセル１００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
146	７歳の小児に少ない量で投薬した	レボセチリジンDS1.0ｇ/日をレボセチリジンＤＳ0.5ｇ/日でだした。薬歴入力時に間違いに気づく	薬品それぞれに年齢による投与量を記入監査時も注意喚起する			レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	６０代　男性平素よりレキソタン１ｍｇ服用中。処方ではレキサルティ１ｍｇが記載されていた。投薬時の会話より異なる薬剤が処方されていると聞き取り、疑義照会。その結果レキソタン１ｍｇに変更となった。	薬剤の名称類似によるもの	投薬時に処方薬について相違ないか再確認する。	レキソタン錠１	レキサルティＯＤ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
148	混合軟膏の処方で記載内容がプロペト５０gロコイド軟膏１０本 この場合、ロコイドは全量５０ｇとなるが誤って１０ｇで調剤公布後、処方箋を確認したものが混合に使った薬剤の後処理を確認したところ、間違いに気づき即対応を行った為、使用前に回収・最高府を行うことが出来た。	医療機関ごとに記載の仕方が異なる薬剤が存在する。このことを常に念頭に置きながら調剤等を行うよう努める必要がある。	混合や散剤分包など、再現性が困難な医薬品の監査はダブルチェックを必ず行うように徹底する。			ロコイド軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	リンヴォック錠30ｍｇ35錠お渡しするところ33錠でお渡ししていた。	１箱２８錠入りであると気づけず、３０錠入りと思い込んでしまった。箱の錠数の上に大きく規格の３０の文字があったので思い込みしてしまった。	錠数をよく確認して調剤する。			リンヴォック錠３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
150	パキロビッドパックが処方され、併用禁忌薬がないかを確認（薬歴システムと、パキロビッドパックの添付文書と、併用禁忌薬一覧、ファイザーのサイトで確認）該当薬がなかったので、調剤した	翌日、薬歴を見直していて、一つずつ添付文書で確認してみると、他院から処方の（院内処方で当薬局で調剤したことはない）クアゼパムの添付文書の禁忌欄に、リトナビルを投与中の患者と記載ありリトナビルはパキロビッドパックの成分のひとつなので、急遽クアゼパムの先発品　ドラールの添付文書を確認すると、同様に記載ありただ、リトナビル製品名ノービアと書かれているが、パキロビッドパックとは書かれていないので、ドラールの販売会社の久光製薬に電話確認すると、ドラール（クアゼパム）とパキロビッドパックは併用禁忌とのことファイザー製薬にも電話したが、併用禁忌薬に記載がない薬に関しては、回答が出来ないと自動音声があるだけだった	併用禁忌薬を確認する際は、サイトの検索機能に頼らず、各添付文書をチェックするようにする			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
	クアゼパムは、当薬局からの渡しではなく、薬の手帳での確認なので、現在服用中か否かを、患者の配偶者へ電話連絡し確認した昨日から、クアゼパム処方の病院とは別の病院へ入院中で、服用薬は病院へ預けたとのこと入院中の病院に電話し、病棟看護師に確認したが、昨夜クアゼパムを服用したかはまだわからないとのことパキロビッドパック服用中は、クアゼパムを飲まないように、説明した						
151	アムロジピン5ｍｇ　28日分の処方であったが計数間違いで35日分で揃えてしまった。	前回処方で28日だった。前後にも別処方箋で28日分の調剤をしていた。	焦らず、しっかりと確認を再度実施することの徹底。			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
152	ロスバスタチンOD5mgのところアムロジピンＯＤ5mgを渡してしまった。　患者本人が10日分服用して違いに気づき来局。初めから見た目が違う薬だと思っていたが、成分は同じものだと思っていたとのこと。シート裏面の効能効果を見て違うことに気づいたとのこと。	土曜日の繁忙時で調剤者も監査者も慌てており、剤形（OD）と規格（5mg）が同じだったため見誤ったと考えられる。投薬時に患者本人にも薬を見せているが、定期薬のため双方流れ作業になっていたと考えられる。	深く謝罪をして、お渡し間違いをしたことや現状体調に変わりないことを処方医に報告する旨をお伝え。正しい処方薬と交換した。	ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	処方：【般】タクロリムス水和物カプセル0.5mgに対し、調剤：【般】タクロリムス水和物カプセル1mgのままで入力。	以前から、【般】タクロリムス水和物カプセル1mgで処方になっており、処方変更になってるのに気付けなかった。採用薬も1mgの規格だけの在庫で思い込みがあった。	一般名処方の記載は、薬品名に目が行きやすく肝心の規格を見落とすと思い込みによる調剤ミスにつながる。薬品名のみならず規格の確認のチェックを入力・調剤・監査の段階での手順を順守する体制づくりが必要。	プログラフカプセル１ｍｇ	タクロリムスカプセル０．５ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	アストミン錠が処方されるところ、ノウリアスト錠が処方されていた。該当薬の他、風邪薬関連薬が処方されており、その中にノウリアスト錠が処方されていた。患者様の病歴、ノウリアスト錠の用法などから疑問を感じ、処方元に疑義照会を行ったところ発覚した。	臨時で風邪薬の処方があったが、薬の名称が一部同じであったため、入力の際に別の薬を選択してしまったのだと考えられる。	特に間違いが多くあるような医療機関などは処方内容に疑問を感じた時は、処方元に早急に確認する。また、薬局内でも入力の間違いは起こりうるので、複数の目で確認。処方内容について、処方内容について考えた上で、調剤を行っていく。	アストミン錠１０ｍｇ	ノウリアスト錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	調剤ピッキングには誤りなかったがユリス２ｍｇをユリーフ２ｍｇで入力し会計間違い発生。	調剤禄の監査漏れ。	薬のみならず入力監査の徹底。			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
156	半夏瀉心湯が処方されていたが、消化器症状なし。念のため処方意図を医師に確認したところ、医師が半夏厚朴湯と半夏瀉心湯を間違えて入力していた。	患者の訴えている症状と処方内容が異なる。	処方内容に違和感を覚え、医師に疑義照会して確認したので、医師の処方ミスと判明した。			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
157	2/16本人より電話あり2/13に調剤し投薬済み。当時クロルマジノンは11錠不足であった。不足で郵送されてきた薬（11錠）はクロルマジノンであったが、13日にもらった薬はクロルフェネシン（79錠）という別の薬であることの連絡→自宅まで正しいクロルマジノンをお届けした。クロルフェネシンは未服用であった	この度は、不足薬があり郵送した薬と、当日お渡しした薬剤が異なると患者よりの連絡で判明。多忙であったためと、この薬剤に関して普段あまり調剤していないことより、薬剤名の頭文字3文字が同じことから、不注意と知識不足から今回のミスが起こった	処方薬1字1字をしっかり見るということと、調剤中も診療科やもちろん処方薬の背景の疾患や症状もしっかり深く考えて調剤する。今回の場合であると、薬剤の効果を考えれば、薬剤の取り間違いにも気づくと思われる。	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「タイヨー」	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠２５０ｍｇ「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	
158	初回来局患者。遠方の病院の処方箋で、マイクロファインプラス32G4mmの処方箋のところ、当局在庫しているマイクロファインプロ32G4mを調剤	遠方の病院の処方であり、普段見慣れない処方箋であったこと、近位で頻回処方されるマイクロファインが『プロ32G4mm』であったため、マイクロファイン　32G　4mmのみ確認し、プラスとプロとの違いを見分けられなかった	自己注の針にはGと長さ、さらに形状と確認すべき点が多数ある。日常取り扱わない病院の処方では、当局在庫が無い針が処方される可能性があることから、G、長さ、形状まで確認するようにする。			マイクロファインプラス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	ガランタミン８ｍｇで調剤すべきところ、カンデサルタン８ｍｇで調剤した。一包化作成途中で気付き、正しいものと取り替えて調剤、その後交付した。	８ｍｇと用量が同じ、名称も似ており取り間違いに至ったと考える。	規格先読み、発声調剤、指さし確認の徹底。また、今回は一包化の作成前に気付いたので、調剤のやり直しにかかる時間も大幅に増えることはなかった。大きな間違いをすると他の調剤にも時間的にも精神的にも影響を及ぼすことが多いので、確認するタイミングを特に薬局内で再確認した。	ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「サワイ」	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	定期的に門前クリニックに受診されている患者様。定期薬ではイルアミクスHDとムコダイン５００を服用中。以前から痰が絡んでおり、ムコダインを服用していても症状が緩解せず不安感が出て不眠気味との事で門前に受診。処方医より睡眠剤と安定剤を処方するとの事でした。しかし処方内容は、『?@クロピドグレル錠７５ｍｇ　２錠　分２朝夕食後　１４日分　?Aデエビゴ錠５ｍｇ　１錠分１眠前14日分』の処方箋を持参。脳梗塞や心疾患の治療はしておらず、既往歴もなく、オンラインにて情報取得したが循環器など受診記録なし。クロピドグレル錠７５ｍｇが処方だが、もしかしたら『クロチアゼパムの誤りでは？』と感じ、疑義照会を実施。クロピドグレル錠７５ｍｇは削除となり、クロチアゼパム錠５ｍｇへ処方変更となった。	クロピドグレル錠７５ｍｇとクロチアゼパム錠５ｍｇの処方誤りであったが、いずれも一般名処方で頭文字がいずれも『クロ』であるため薬の選択誤りと推測されます。	本来は安定剤が処方されるところを、クロピドグレル錠と全く異なる薬を患者様に交付されることを未然に防ぐことができましたが、今後も患者様に体調を確認し、体調に応じた薬が処方されてるかしっかりと確認する必要性を再認識した。	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
161	小児の喘息にデカドロンが処方されたが、誤って睡眠導入剤のデエビゴをピッキングした。	年齢や病名等の処方箋の意図を確認せず、ピッキングした。	処方箋の意図をしっかりと確認する。監査レンジシステムをしっかりと利用する。	デカドロン錠０．５ｍｇ	デエビゴ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	ピッキングする薬剤師も、監査、投薬する薬剤師も、入力者も勘違いしていた。ルムジェブミリオペンだと思い準備したところ、ルムジェブHDミリオペンに患者様から話をされ、そこで初めて誤りだと気づいた。	・慣れ・焦り・知識不足	・処方箋の変更点に印をつける・前回投薬時に患者さんとの会話に気をつけ、事前に気づく。・患者様背景をもっと共有する。	ルムジェブ注ミリオペンＨＤ	ルムジェブ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	月に１包化が約２００件と多く予製を作っています調剤者：処方変更がありバイスピリンガなくなりました。一包化９１包からバイアスピリンを抜くときに誤って１包だけフェブキソスタット１０ｍｇ１錠を抜いてしまった。抜いたバイアスピリンを確認していたところ１錠フェブキソスタット１０ｍｇが混ざ胃っていた　　事に気が付きましたが交付後であった。患者策に連絡。新に９１包作り直して患者さん宅にお届けし、交付済の朝食後９１包と交換しました。交付後すぐに気が付いたため患者さんは服用はしていませんでした。	調剤者：注意力にかけていてためバイアスピリンでなく同じ白というだけでフェブキソスタット１０ｍｇを抜いたことに気が付かなかった。　　監査に回す前に抜いたバイアスピリンの入った容器のなかの確認忘れた。監査者；初めの１包だけバイアスピリンが抜いてあることを確認しただけで、あとは１包化の中の数と色の確認だけで、バイアスピリンが　　入っていないか確認しなかった。バイスピリンの入った容器を調剤者から見せられたが、中のバイアスピリンすべて確認を怠る	調剤者は調剤した１包化の確認　抜いたバイアスピリンの容器の中をすべてバイアスピリンか確認して監査者に渡す 監査者はバイスピリンを抜いた１包化のすべて９１包を確認。（数と色だけでなく）抜いたバイアスピリンの容器の中身すべてバイアスピリンか確認 抜いた薬剤の中身の確認は調剤者と監査者が行うことはマニュアルで決まっていたが、徹底すること薬剤師全員に周知徹底。			バイアスピリン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
164	通常、調剤者と鑑査者・交付者は別の薬剤師が行っているが、繁忙時間帯であった為、鑑査・交付が滞っていたため、調剤者が、別のスタッフに確認してもらい交付した。テラムロAPを調剤交付すべきところをテルチアAPを調剤交付してしまった。鑑査の際、錠数を確認しかしていなかった。交付も本人ではなく、家族に交付。家族帰宅後に薬がいつもと変わっていると本人より連絡があり発覚。自宅訪問し服用前にテラムロAPに差し替えることができた。	処方箋が一般名記載であり、繁忙時間で慌ててしまい類似名薬品を調剤してしまった。一人調剤一人鑑査・交付の際は、他のスタッフに確認してもらうよう薬局内規があり、それに沿ったつもりだったが、別のスタッフも、薬剤名までしっかり確認できていなかった。交付時も新しく追加になっていた薬の話に偏っていたため、今まで出ていた血圧の薬の話が出来ていなかったため、交付時に発見することが出来なかった。	一人調剤、鑑査交付の際は他のスタッフに確認してもらう内規は引き続き遵守。採用品で薬剤名類似品を確認しておく。鑑査の際は調剤録を元に薬品名を確認する	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
165	アスパラCA処方のところ、酸化マグネシウムで調剤	アスパラCAと酸化マグネシウムが大きい箱のため、同じところに保管PTPの色も似てたために間違い	箱の上にわかりやすく、薬品名書いた、表示の設置	アスパラ－ＣＡ錠２００	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	一包化調剤で、グーフィスにパルモディアXR錠0.2ｍｇが混入していた。グーフィスは自動分包機のカセット設定しており、パルモディアがカセットに混入した。	グーフィス錠にパルモディアが混入した	自動分包機のカセット補充の際に監査機能を用いて補充を行うことを徹底する			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
167	処方箋が先発品名での記載。医薬品名冒頭部分の「アスパラ」が同じであるカリウム製剤を誤ってピッキングした。会社で導入している過誤防止システムでGSコード読み取りにてエラーが出て発覚した。	当店では誤ってピッキングしたアスパラカリウム錠の方が処方頻度がかなり高い。また、ジェネリックは共に出荷調整で入荷不可能の状態であり、全ての患者様へ先発品での調剤を余儀なくされている状態である。	医薬品名のCAとカリウムの部分についてカセット棚名を強調して注意喚起する。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
168	ツムラ四逆散7.5g分3 30日分のところ、ツムラ四君子湯42包(21包×2束)が混ざったまま交付。患者が今回の薬袋に手を付けようとした時に間違いを発見したため、服用には至らなかった。	ツムラ四逆散は35番、ツムラ四君子湯は75番で包装の帯の色が同じである。さらにどちらも漢字の「四」が入っており、名称・包装ともに酷似している。そのため、納品時に誤って四逆散の棚に四君子湯を収納してしまった可能性が考えられる。鑑査では調剤鑑査システムを使用しているが、四逆散のバーコードのみを通したため、四君子湯の混入に気付くことができなかったと考えられる。	番号および名前の似ている漢方薬についてスタッフへ周知。納品された薬品を収納する時には、再度同じものであるかどうか確認する。鑑査時には番号がすべて同じであることを確認してから薬袋へ入れる。	ツムラ四逆散エキス顆粒（医療用）	ツムラ四君子湯エキス顆粒（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
169	2月末日に棚卸をした際に1本吸入を多く渡していることにきづきました。	事務員もふくみピッキングの際に10歳未満は2吸入であることがわかっていなかった。	イナビルが置いてある場所に10歳未満2吸入と張り出しました。			イナビル吸入粉末剤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
170	オゼンピック注処方。オゼンピックを毎回空打ちしており、薬剤不足が生じた。	ランタス注も処方されている患者。オゼンピックの空打ちは開封時のみで使い始めたら空打ち不要と初回に説明済み。ランタスは毎回3単位空打ちが必要。ランタスが毎回空打ちが必要なため、オゼンピックも毎回空打ちをし、薬剤が不足したのではないか。	手技が複雑な薬剤は患者が理解するまで繰り返し指導する。			オゼンピック皮下注２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	違う配置で薬棚に戻した為に取り間違いを生じた。	薬棚に取り間違え注意喚起の記載を付箋で貼り付け。監査時に薬品名が異なる事に気づいた。	両薬剤の外箱と容器に各薬剤名と取り間違いの注意喚起を直にマジックで記入。	セチリジン塩酸塩ＤＳ１．２５％「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	一包化の患者さんでカルボシステイン250mgが入っていないといけないところに、酸化マグネシウム３３０ｍｇが入っていた	分包機のカセットに充填の際に複数人で確認すべきところを怠ってしまった結果、間違えて充填。錠剤の大きさも似ていることもあって分包されてしまったようです。	分包機を新機種に変更し、バーコード対応のカセット充填に変更し、変更後も充填の際には複数人での確認を怠らないようにする事の徹底。			酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」 カルボシステイン錠２５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
173	10錠シートより14錠シートへの変更。１０錠シートが無くなり１４錠シートへの変更を余儀なくされた。わかっているつもりでもつい３０錠出すところを１４錠3シート出してしまい途中で気付き訂正。	解っているつもりなのについついしてしまう。	引き出しに大きな紙を表示			アムロジピン錠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
174	L－ケフレックス小児用顆粒は1日2回朝夕食後の用法だが1日3回毎食後で処方された。調剤前に気づき疑義紹介をして1日2回に変更となる。	L－ケフレックス小児用顆粒は同成分にケフレックスシロップ用細粒200がありこちらは1日3回毎食後の用法であるため用法間違いが起きる可能性が高い薬剤である。	両薬剤に注意喚起の札をつけて対策をしている。			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
175	K2.9でカリメートが初回投与の為疑義照会。アスパラKの間違いであった	類似薬品の為間違えたとのこと	K値確認を行う	カリメート経口液２０％	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
176	ジヒドロコデインリン酸塩散1%　3g　分3　処方の患者にコデインリン酸塩散1%　3g　分3で交付。交付後に判明しコデインリン酸塩散1%　6g　分3　に変更となり、正しいものを再交付した	薬局内で初めて調剤し、調剤鑑査システムへの登録を薬剤師1名が単独で行ったことで処方コデインリン酸塩散がジヒドロコデインとしてマスター登録されてしまい過誤に繋がった。医療事務の処方入力に問題はなかった。	マスター登録作業など今後継続的に使用するシステム上の情報は必ず複数人で確認し登録した記録を残すようにする	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「メタル」	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
177	システムエラーでHTが使用できず、繁忙時でもあった事から類似医薬品の取り間違いを起こしてしまった	システムエラーという普段と異なる状況で、繁忙時であったため確認をおろそかにしてしまった。	システムエラーなど普段と異なる状況の場合は、確認をいつもよりも慎重に行う。複数人で確認する。	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	
178	経験の浅い薬剤師が、アルジオキサ錠100ｍｇを調剤すべきところ、誤って、アジルサルタン10ｍｇを調剤した。別の監査薬剤師が誤りを発見し、正しいお薬を調剤し、お渡しした。	薬剤師の経験不足もあり、名称が類似した薬剤を誤って取りそろえた。	名称類似薬の取りそろえミスがあったことの情報共有と、ハンディ－端末による、薬品バーコート照合による、調剤監査の徹底を図った。	アルジオキサ錠１００ｍｇ「あすか」	アジルサルタン錠１０ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	定期薬として、前回までテルチア配合錠を服用していた患者様が、今回からテラムロ配合錠に変更になっていた。しかしかなり急いで用意したことから、前回と同じ内容のまま、入力から監査まで通してしまい、お渡ししてしまった。その日の夜、調録チェックをしていた事務員が入力間違いを発見、すぐに本人に連絡し交換対応となったため、服用予定前には正しいものをお渡しすることができた。	毎回すぐにお渡ししないとお怒りになる患者様だったため、いつも入力から投薬まで、通常よりも素早くご用意するよう心掛けていた。その結果、調剤誤りがあったが、入力も間違っていたためピッキングシステムが正常と判断作動してしまい、投薬にまで至ってしまった。	カセットに配合成分を記載したものを貼り付け、一般名処方でも誰もが確認できるよう視覚的な対策を施した。シート本体にも成分名が記載されていることを周知し、確認を徹底するよう心掛ける。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	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
180	ワーファリン1ｍｇ5錠とワーファリン5ｍｇ１錠の処方、前回がワーファリン1ｍｇ5錠のみの処方であったのでワーファリン5ｍｇの追加と判断したと思われそのまま事務員が入力したが調剤のさいワーファリンが5ｍｇから10ｍｇへの増加であったため疑義確認。ワーファリン1ｍｇ5錠でなく１錠の間違いだった。今回５ｍｇから６ｍｇへの変更であったことを確認した	処方受付のさいの十分な処方の確認が不足していました。今回は調剤のさい気が付き問題はありませんでしたが処方を受け取ったとき、調剤、投薬時それぞれ十分な確認をするよう改善していきます	処方箋受け取り時、調剤時、投薬時にそれぞれ十分に確認し違和感のある処方は必ず疑義紹介をし安心して患者さんが服用できるように気をつける			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	
181	2023年12月22日（金）19時頃に受付けた処方箋に、「ニコランジル5mg、3錠/分3毎食後、30日分」と記載されていた。当局薬剤師が調剤棚からニコランジル5mgを取り出そうとしたところ、ニコランジル5mgの棚にニセルゴリン5ｍｇが入っていて、ニコランジル5mgシートとデザインが違う錠剤が入っていることに気が付いた。他の薬剤師が先日ニセルゴリン5ｍｇを調剤した後に、間違えてニセルゴリン5ｍｇをニコランジル5mgの棚に戻したことがわかった。	年末で非常に忙しく患者を何人も待たせていたため、慌てて調剤していた。	ニコランジル5mgの棚とニセルゴリン5ｍｇの棚を色分けしてわかりやすくし、繁忙期でも慌てないよう、スタッフ皆が落ち着いた雰囲気で作業をするように声をかけあうことにした。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	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
182	一般名処方フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻５０μ５６噴霧をアラミストと思い込み、用法が違うため疑義照会したが処方医も気づかず、そのままアラミストでお渡し。また入力もアラミストの一般名フルチカゾンフランカルボン酸で入力されたため監査システムも役に立たず。翌月定期受診で同じ処方がでておりその際間違いが発覚。本人に体調不良、副作用と思われる事象は起きておらず	アラミストの方が処方される頻度が高いため思い込んだこと、また今年ジェネリックが販売されて一般名処方でることが増えて見慣れていなかったため	入力、調剤、監査を可能な限りそれぞれ別の人間で行う	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	アポハイドローション手書き処方で用量４本と記載あり。当薬局で初めて出る薬だった。そのため知識不足の状態で調剤、鑑査、入力をしてしまった。薬品包装に４．５ｍＬと書かれているため、処方入力時に４．５×４＝１８ｇで入力。棚卸の際に、差異があり入力間違い発覚。渡し間違いはないので、４．３２ｇ／本なので入力を１７．２８ｇへ正しい入力へ変更。	・薬局全体の知識不足。・薬品の包装や添付文書にｇの記載がなかった。	・薬品外装にｇと記載し、他職員と情報共有。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
184	プレドニゾロン2.5をピッキングするところプレガバリン25を取ってしまった。	処方せんの「プレ」の文字を見て、日頃よく出るプレガバリンと勘違いしてしまった。	ピッキングするときと投薬薬剤師に渡すときの二回確認する。バーコードを読み取って薬が合っているか確認できる機械などを使用し誤認を防ぐ。	プレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」	プレガバリンＯＤ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
185	遮光要冷であるが、外箱は、不要と思い、インシュリン等の注射薬のように外箱を破棄し、要冷蔵ボックスに詰めて、手渡してしまった。ご家族が遮光投与に気づき、連絡を頂き、使用前に、交換に伺う	外箱には、遮光、要冷と書かれてあったが、通常のシリンジと思い込み、外箱を外し、投薬してしまった。	監査は、必ず、2人以上で行う			ケブザラ皮下注１５０ｍｇシリンジ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	リウマチ治療中の患者にフォリアミンの処方。フォリアミン5ｍｇと誤って隣同士になっていたプレドニゾロン2.5ｍｇ「ＮＰ」をピッキングしてしまった。交付時に交付した薬剤師が誤りに気付いた。	名称順に医薬品棚を配置しているため、フォリアミンとプレドニゾロンが隣同士になっていた。錠剤の色が黄色で類似しており、監査時に誤りに気付かなかった。リウマチ患者にステロイドの使用は違和感がなく、思い込みも出てしまった。	フォリアミンとプレドニゾロン2.5ｍｇ「ＮＰ」の棚の位置を変更したそれぞれに色彩類似の注意喚起の札を設置	フォリアミン錠	プレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	ツムラ83　抑肝散加陳皮半夏を調剤。複数の箱は開封する時に83　柴陥湯の箱を開封。箱、番号の色が同一だったため取違に気づかず一部柴陥湯を調剤して交付。患者の母親からの指摘で発覚。交換。服用はしておらず健康被害はなし	ツムラの箱は番号の下１ケタで色が同じであり取違のミスが起きやすい。納品の棚入れ時などにも注意が必要	監査システムでピッキングしているが複数の箱を開封する時は目視で再確認することを徹底。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（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
188	1包化の一部薬の取違ニコランジル⇒グリメピリド	残薬を1包化に使用した際、大きさ(5mm)色(白)が全く同じの別の薬が混ざっていたことに気が付かなかった。全て同じ薬だと決めつけてしまって最初の包は刻印をきっちり確認してそれ以降は数と大きさ、色だけで監査してしまったため別の薬が一部混入していたことに気が付けなかった。	小さくてかなり見難いのでライト付きルーペを購入。残薬使用する際は必ずばらした時点ですべてを確認する。			ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
189	ニフェジピンＬ２０ｍｇ２錠分２朝夕の処方でした、流通不足でないため、ニフェジピンＣＲ２０ｍｇへ変更以来しましたが、服用量を１錠分１朝で渡してしまいました。その日の午後に他の薬剤師に話したところで、服用量の間違えに気づき、ドクターへ疑義照会して、ニフェジピンＣＲ２０ｍｇ２錠分１朝へ変更しました。	いつもは他の薬局で、薬をいつものようにもらっていたが、年末で薬局が休みで、久しぶりに当薬局へ。その時期はニフェジピンＬ２０の流通不足もあり、ニフェジピンＣＲ２０で、ドクターの承認もあり、変更して利用していました。容量の変換ミスです。	未だにニフェジピンはＬタイプとＣＲタイプがなんとか流通、生産されているため、しばらくな間、注意喚起が必要です。特にＬ錠は生産中止のはなしが出たと思うと、急に入荷したり混乱が続いています			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
190	単純疱疹の小児（体重24kg）に対し、バラシクロビル顆粒50%が1日1.2g　分2朝夕食後で処方された。添付文書で用量を確認した際に、体重あたり1回量が25mgと記載されているところ1日量と誤認してしまい、そのまま調剤、監査、投薬を行った。交付後、薬歴を記載している際に改めて添付文書を確認したところ1回量と1日量の間違いに気が付き、およそ半分の量で処方されていることが発覚。医師へ疑義照会し、用量が1日2gへ変更となり患者宅へ交換へ伺った。まだ初回服用前であった。	用量監査の際の確認不足が最大の要因だが、調剤から投薬までを一人で行ったことも要因の一つと思われる。	特に普段調剤しない薬剤は状況により複数人のチェックを通すことを徹底し、思い込みや見間違いによるエラーを防ぐ。			バラシクロビル顆粒５０％「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
191	いつもはノボラピッドフレックスタッチが処方。今回よりペンへ変更となり、入力は前回と同じにしたため、監査で発見。	一年以上タッチで処方がきていたので、慣れで見落とし	ダブルチェックの徹底	ノボラピッド注３００フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	フェブキソスタット１０ｍｇのところ２０ｍｇを交付レセコン入力は合っていた監査をして交付したが漏れて交付後翌日患者さんからの連絡でわかる	規格が２種類あり確認して調剤したが慣れによる調剤と思われるレセコン入力は事務さんで、調剤とレセコン入力記録確認が同じ人物、監査と薬袋を入れるのは同じ人で薬袋を見ながら入れていたが気が付けなかった	本来なら間違いに気が付ける機会があったにも関わらず起きてしまい慣れによる規格確認ミスと考えられる	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＹＤ」	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
193	セロクエル（２５）０．５錠処方でデエビゴ（２．５）を半錠にして調剤してしまった。ヒート棚にあるセロクエル（２５）と記載のあるばらした錠剤をとってきて、半錠にして調剤してしまった。半錠にしてしまったため、視認定が落ち気づけなかった。数字、色、形状は類似している。残った錠剤をもどす際に医薬品名が異なっていることが分かり、今回のミスが発覚した。服用前に気づいたため、交換対応をした。	数日前、他患者で不要となった錠剤をばらした際、デエビゴ（２．５）が正しい所、セロクエル（２５）と印字してパックしセロクエル（２５）の棚に戻してしまった。その誤りに気付かずに、今回調剤してしまった。	対策として、印字に関してはシングルチェックになっているため、記録ノートの項目に「印字」を追加し、印字情報のWチェックを行う手順に変更した。今後は複数の半割された薬剤から印字を確認し、監査時に使用している帳票「前今回シート」にチェック済と分かる記載をするように手順を変更した。	セロクエル２５ｍｇ錠	デエビゴ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	プレドニン５ｍｇが０．５錠で処方。調剤者は分包紙の印字をプレドニゾロン１ｍｇ０．５錠で印字。監査が気づき訂正。分包紙中身は正しかった。	単純な入力ミス。	印字を飛ばす前に再度入力があっているか確認。			プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	モイゼルト軟膏0.3%の処方を受付たが在庫していない品目だったため、事務員が入力後、近隣の薬局に分譲に行った。レセコンではモイゼルトの登録が1%しかされていなかったため、入力が1%になり、入力画面を見ながら分譲依頼の電話をしたため1%の薬品を購入した。薬剤師は購入してきた薬をそのまま投薬して交付した。交付後管理薬剤師が処方せんと分譲の入庫チェックをした際に規格違いに気が付き、すぐに患者に連絡したため、使用前に回収ができた。	モイゼルトのレセコン登録が1%しかされておらず、薬剤師、事務の知識不足で規格が複数あることを把握していなかった。	監査時に規格までしっかり確認することを再周知させた。	モイゼルト軟膏０．３％	モイゼルト軟膏１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
196	２０２４．２．６㈫１２時頃、患者さんの訪看さんから薬局へ電話あり。一包化の中に、アロプリノールであるべきところカロナール２００ｍｇが1錠入っているとのこと。すぐに正しいものへ交換しました。	一包化の監査では、空のヒートと錠数のみの確認しかしておらず、刻印での監査を怠っておりました。	全ての刻印監査の徹底	アロプリノール錠１００ｍｇ「サワイ」	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
197	患者と母親が処方箋をもって来局した。処方箋には（般）イブプロフェン錠１００ｍｇ　2錠　頭痛時　10回分　と記載されていた。（処方は1種のみ）イブプロフェン錠１００ｍｇ「タイヨー」で調剤しなければならないところ、調剤室の引き出しの同じ区画・隣同士にあった、ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「トーワ」で調剤した。その後鑑査者が、鑑査システムで薬品バーコードを読み込んだところ、エラーが発見された。患者には正しい薬を交付した。	・イブプロフェン錠１００ｍｇ「タイヨー」とウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「トーワ」の箱の外観が類似していた。（白地に青字）・該当の２つの薬剤が隣合わせで置かれていた。また、引き出しの中はスペースに余裕がなく、見間違いやすい状況だった。・調剤者において、イブプロフェン錠１００ｍｇ「タイヨー」の箱は白地に青字である印象があり、また、ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇは、１カ月程度前に新しく採用になり、引き出しに追加された薬であった。	・該当２種の薬剤を別区画に置く。また、それと同時に棚・引出を見直し、外観の近い薬剤が並んでいることが無いように工夫する。・引出内を整理して見やすい状態にする。・必ず鑑査システムでバーコードを読み込み、目視でも確認する。	イブプロフェン錠１００ｍｇ「タイヨー」	ウルソデオキシコール酸錠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
198	事務員が潤腸湯と補中益気湯取り違え。投薬前、患者家族がきずく	外観の色が類似していて、勘違い、取り違え	忙しく、薬剤師による監査が行われぬまま、投薬場所へ。監査を反復してから必ず、投薬場所へ	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（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
199	花粉症患者。普段からシダキュアを使用しているが花粉の飛散があったため新たにクラリチンレディタブが処方された。この二つの薬剤は外観が非常に似ているため、説明時に薬剤を並べて間違えないよう説明したが、薬袋に入れる際に薬剤師が間違えてしまった。患者は説明を受けていたため服用時に気が付き、間違えずに服用できた。	ふたつの薬剤の外観が非常に似ており、また同じ耳鼻科領域で汎用されているくすりである。	薬剤の裏面を必ず確認すること			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	
200	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名でイルベサルタン・アムロジピン１０ｍｇ錠1錠分1朝食後56日分と記載されていた。薬剤師Ａ（職務経歴年数31年）はイルアミクス配合錠ＨＤを調整するところ誤って、イルアミクス配合錠ＬＤを調整し、一包化して鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Ｂ（職務経歴年数9年）は処方箋に記載のイルアミクス配合錠ＨＤ（イルベサルタン・アムロジピン１０ｍｇ）ではなくイルアミクス配合錠ＬＤ（イルベサルタン・アムロジピン５ｍｇ）が調整されていることに気付き、調整した薬剤師Ａに間違いを伝えた。薬剤師Ａはイルアミクス配合錠ＨＤを正しく調整し、再度、薬剤師Ｂが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	薬剤師Ａは入社して1か月未満だった。当薬局にイルアミクス配合錠のＨＤとＬＤの在庫があることは把握していたが、普段の一包化とは異なり、日付を入れる一包化だった為、日付を間違えないようにと焦りがあって、処方箋の内容を最後まで確認せず、前回同様のイルアミクス配合錠ＬＤで調整してしまったと考えられる。	ピッキング時・一包化作成前・鑑査に回す前にも処方内容と誤りがないか規格や用法用量まで確認をする。			イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」 イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	一般名処方で(般)ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%が処方された。これに対し調剤者はアンテベート軟膏を調剤してしまった。監査の薬剤師がこれに気付き、患者には正しいリンデロンV軟膏0.12%が投薬された。	一般名処方に対し、類似した名称に対する認識の甘さ、意識の低さが背景にあったと思われる。	ピッキングの際には、類似した名称に対して注意を喚起し、声を出した確認、鉛筆を用いた名称確認を行うよう努めるようにした。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	アンテベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
202	ツムラ抑肝散（54）が1日3回朝昼夕食前、90日分（270包）で処方されていたが、189包（189包入りの箱から取り出す）は処方通りの抑肝散で調剤、ただし、残りの81包についてはツムラ加味逍遙散（24）と取り違える。81包は漢方薬各種を区分けし入れてあった引き出しから取り出す。その引き出し内には、ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遙散があった（隣り合っていない）。	・全部で12種類（内服薬：6種、外用薬：6種）が処方されており、処方日数が90日分、外用剤も多めの処方で準備する必要があり、焦りあり・不足分の薬もあり、手配と準備で業務煩雑になっていた可能性あり。・ツムラ抑肝散（54）とツムラ加味逍遙散（24）の箱出し分は同じ引き出し（区分けあり）にて管理していた。・外観が似ていることに加え、思い込みと慣れで間違って取り出してしまったと考えられる。	・業務手順書を遵守すること（調剤監査、Auditなど実施すべき調剤ルールを守る）・箱から出したバラの漢方薬を入れている引き出し内において、ツムラ加味逍遙散の区分け箇所に目立つようにカバー（商品名、漢方の番号など）を取り付けた。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	・薬局業務手順として調剤監査は薬を取りそろえた者以外の薬剤師が実施することになっていたが、今回は調剤者が調剤監査を兼ねてしまった。また、当薬局で導入しているAudit（調剤監査システム）に通して間違いがないことを確認できてから投薬となるが、処方数量が多いこと、忙しい時間帯であったたえAuditを通さなかったことも要因の一つと考えられる。						
203	コレクチムの規格間違い	思い込みによる頻繁に調剤しない規格との間違い	棚にわかりやすく　　色分け実施	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
204	1包化調剤で多数の医薬品があった中で同じアムロジピンで5mgと2.5mg2つの規格の記載があったが5mgの規格のみと思い込み2.5mgをピッキングし忘れそのまま1包化を実施してしまった	処方箋の頭の文字だけ確認しよく出る規格のみと思い込んでしまった。1包化する前に再度処方箋と調剤する薬の確認を怠った	必ず規格の確認をし調剤する前にすべての薬品が出ているか自己監査をし他の従業員にすべて調剤されているかを1包化する前に確認を必ずする			アムロジピンＯＤ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
205	定期的に受けている高血圧の治療中の患者の処方箋を応需した。1包化の指示あり。手巻き1包化をおこなっている。1包化処方薬4種類中に「ニフェジピン徐報錠10ｍｇ」が含まれていた。調剤し投薬した後、日々の薬品の在庫を確認中に減っているはずのニフェジピン徐報錠10ｍｇの残薬数が多く残って、ニフェジピン徐報錠20ｍｇの残薬が減っている事に気が付いた。　　ゴミ箱中のＰＴＰシートを確認した所、ニフェジピン徐報錠20ｍｇの空ＰＴＰシートがあった。この時点で10ｍｇと20ｍｇを間違えた事が判明。ただちに患者に連絡。まだ服用していないとの事で、患者自宅へ回収、調剤しなおして届けた。	1包化した薬剤師が調剤。監査したが、　10ｍｇ製剤と20ｍｇ製剤の錠剤の色が似ている為、ｍｇ数間違えに気が付かずそまま投薬してしまった。	1包化の監査の場合、1包中の数を確認する事に集中しがちで、今回の様なｍｇ数の違う錠剤がよく似た色調である場合、薬品のｍｇ数のチェックがもれていた。日々扱っている薬品で、錠剤やＰＴＰシート、薬品の外箱の色調等類似していて取り間違えし易い薬品をあらい出して確認した。			ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
206	ブロムペリドール調剤するところをハロペリドールが調剤された。薬剤交付時も監査不十分でハロペリドールが交付されてしまった。	規格・名称が似ており調剤時、投薬時ともに確認不十分によるもの。	「取り違え注意」の注意書きを薬品棚に記した。			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
207	ザイザルが処方されていたが前回処方でゼスランや他剤と混合されていたため疑義照会をしザイザルが削除になった。	前回薬歴処方歴の確認の徹底	前回薬歴処方歴の確認の徹底			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
208	ツムラ30番真武湯を6包35日分（210包）で交付するところ、投薬時に3包35日分（105包）しかないことに気付き、調剤室に戻り残りの105包を取って、監査システムを通さずにお渡し。後日本人からツムラ30番と100番を105包ずつ混ぜて交付されたと申し出があり判明した。複数包100番を服用してしまったが、特に健康被害はないとのことだった。	ツムラ30番も100番も同じ青色の帯で、慌てていたこともありパッと見で調剤棚から取ってしまった。監査システムを通していれば防げるミスであるため、監査システムを必ず通す必要がある。	どんなに慌てていても、インシデントに気付いて修正するときも、必ず監査システムは通すよう周知徹底しました。	ツムラ真武湯エキス顆粒	ツムラ大建中湯エキス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
209	ゾコーバを服用中に患者にクラリスロマイシンが処方された。両薬剤ともにCYP3A4で代謝されるため、血中濃度の上昇が考えらえる。	ゾコーバの添付文書には何も記載されていない。	薬理作用の理解			クラリス錠２００ 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
210	ベルソムラ錠20mgを63錠調剤するべきところで、53錠しか集薬されていなかった。	ベルソムラ錠20mgは20錠ごとに10錠シートを抱き合わせにしてまとめている。しかし、今回の事例では、その一部のシートが抱き合わせになっておらず、20錠の束2組と10錠シートのみ、3錠で集薬されていた。	薬を棚に戻す際に、薬の向きを統一して戻すように社員教育を行う。また、店舗全体に本事例を共有し、調剤者・監査者が同様の例があった場合に早期に対応するように教育を行う。			ベルソムラ錠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
211	在宅患者の一包化調整時、朝・夕食後の薬剤を誤って朝・昼食後で印字し一包化。監査監査で発覚	通常よりも来局患者が多い状態で一包化を実施。通常は分包する前に薬剤師２名で確認するが今回はその作業をせずに一包化した。	決められた業務手順を守る			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
212	バラシクロビル粒状錠500mgが24包は入ってないといけないのに21包しか入っていなかった。	バラシクロビル粒状錠500mgの包装小包に6包づつ入っているものを7包入っていると勘違いして小包3個とバラ3包をお渡ししてしまった。	小袋の包装の確認、薬品棚に1袋6包入りと付箋を貼って明記し注意し薬局内でも周知する。			バラシクロビル粒状錠５００ｍｇ「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
213	患者が整形外科の処方箋を持って来局。タリージェ錠5mg　2錠　1日2回朝夕食後　14日分タケキャブ錠10mg 1錠　1日1回夕食後　　14日分の処方あり。タリージェ錠5mg　2錠　1日2回朝夕食後　14日分タリージェ錠10mg 1錠　1日1回夕食後　14日分と間違えて入力。さらにタケキャブ錠10mg調剤するところ、タリージェ錠10mgを間違えて調剤し監査後交付。10日後に継続処方の為、前回と同じ内容の処方箋を持ち、患者が来局し、調剤過誤に気付く。めまい、ふらつき等の副作用は無く、調剤過誤があったことを謝罪。	整形外科の処方時にタリージェにタケキャブが併用されないという思い込み、タリージェが1日2回処方時に夕食後が朝食後に比べ用量が多く処方されることがある為、今回もそのパターンと3人ともに思い込んだことが原因。	タリージェが2.5mg、5mg、10mgと在庫があり、タケキャブと近い箇所に在庫がある為、タリージェ10mgの調剤棚の配置を変更。タリージェ10mgの名札に「名称類似薬注意」と記載した。調剤時や監査時は処方箋をみて声出し確認することを徹底した。	タケキャブ錠１０ｍｇ	タリージェ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	10歳未満の患者さんにイナビル２キット調剤し投薬。投薬時も吸入歴があると伺い、説明不足だった。	知識不足・早く帰宅させてあげたい気持ちからの焦り	10歳以上が２キット吸入という知識の確認、数量も記載してあるリーフレットおお渡しすることの徹底			イナビル吸入粉末剤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
215	ビオスリーを処方されていたが、ビオフェルミンを調剤してしまった投薬時に患者と確認中に薬情とものが違うことがわかり発覚	整腸剤としてピッキングしてしまったため、思い込み調剤で間違い	思い込み調剤は行わず、処方箋を確認しつつ調剤を行う	ビオスリー錠	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
216	成分が類似している事による思い込み	成分が類似している事による思い込み	類似物質が存在する事の再確認　共有	小児用フルナーゼ点鼻液	アラミスト点鼻液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	1/09　医療機関より麻黄湯・カロナールの処方箋FAXが届き、準備中に患者の来局あり。　　発熱症状あり自家用車での待機依頼。調剤鑑査後お車での投薬対応。1/11　薬情と中身が違うことに気付いた患者本人が来局、麻黄湯と加味帰脾湯の取り違え発覚。　　加味帰脾湯を2包服用ずみ、副作用など体調悪化は見られず。　　処方医へ報告、経過観察指示。	●繁忙であった。●処方箋FAX受け取り直後に患者の来局あり慌ててしまった。●麻黄湯と加味帰脾湯の外観が同色で似ており、また保管場所が隣接していた。●調剤鑑査の手順が順守されていなかった。	繁忙な時にこそ調剤鑑査の手順の遵守徹底する。外観が類似している薬剤の保管場所の見直しを行う。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	エスタゾラムが処方されていたが、エスゾピクロンがピッキングされていた。	通常の営業時間外のFAXによる処方せん	手順、注意の徹底	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
219	処方箋上ではコレクチム軟膏20ｇで処方。監査時コレクチム軟膏１本、ペキロンクリーム１本で調剤されていた。	チューブの配色が似ているからかと思われる。薬品棚充填時、間違えて入れてしまった様子。	職員に周知、気を付けるように伝えた。	コレクチム軟膏０．５％	ペキロンクリーム０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
220	店内が繁忙しているときに、以前からの処方と類似している処方箋が持って来られ、新しく出ていた薬には気づいたが、以前から出ていた薬の間に出されている新薬に気がつかづに入力してしまった。（新薬が以前の薬品と同じカタカナ4文字の配合錠ＬＤであったため）	経験の年数、薬品についての知識が少なく、店内が繁忙していたことにより確認のミスをしてしまった。処方箋での薬品の書き方が、以前からのものと類似していたことで確認があまくなっていた。処方箋の類似にあわせ、薬品名が似ていたことでさらに入力ミスを見落としてしまった。	以前からの処方を信用しきるのではなく、注意深く処方箋を確認して入力する。置いている薬品、置いている薬品から似ている薬品を確認し把握しておく。	メタクト配合錠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
221	【般】シルニジピン錠10mgに対し、アテレック錠10を調剤・交付する準備をしていたが、アーチスト錠10mgでピッキング。数量は合っていた。患者が「薬の色が違う」と気づき、薬剤師も間違いに気がついた。	一人薬剤師で繁忙状況に臨んでいた。投薬以外にも処理・伝達が必要な事案を複数抱えており、気になっていた。体調不良で、頭痛が刻々と悪化しており、諸処の業務に集中しづらい状況だった。普段から問題を持っているパート薬剤師が、無断遅刻しており、イライラしていた。処方数量が通常と少し異なる数だったため、それに注目しすぎた。	業務に安心して臨める人員の確保。監査を補助するシステムの導入検討。	【般】シルニジピン錠10mg	アーチスト錠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
222	整形外科からツムラ五苓散が、1日3回毎食間28日分の処方で、ツムラ五苓散とツムラ牛車腎気丸を混合して調剤してしまった。監査をした他の薬剤師が、107番の牛車腎気丸が混合している事に気づいた。	ツムラ五苓散を箱から直接調剤し足らなかったため、ツムラ漢方薬の在庫が並んでいるところから、取り出すときにツムラ牛車腎気丸を取り出してしまった。在庫は番号ごとに並べてあるが、午前中の忙しい時間帯でもあり、帯の色が一緒で数字も17と107と似ていたため、取り間違えてしまったと考えられる。	漢方薬の特に帯の色が同じものを上下左右に置かないようにしているが、徹底する。新しい箱を開けて調剤するときは、開ける前に薬が合っていることを確認する。	ツムラ五積散エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	【般】ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ　２錠分２、３０日分の処方があり、該当医薬品を正確な量６０錠調剤したが、旧名称の「武田テバ」と新名称の「ＮＩＧ」の２種類のメーカーが混在していることに気付かず、調剤・監査・投薬を実施。	名称変更品の為包装はほぼ同じであり、見た目では気付くことが出来なかった。	名称変更品の外装に目立つように印をつける。監査時にシート1枚1枚めくって確認する。			ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「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	
224	ツムラの五苓散処方の所、一部釣藤散が混ざってしまった。患者さんにお渡し後、混ざっているとの連絡があった。	パッケージの色、デザインが同じで番号も１７番と47番。五苓散の場所に釣藤散が混ざって置いてあったため、気付かず調剤してしまった。	納品時に場所を間違えないように収納する。監査時に薬品名をよく確認する。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	処方箋持参時、ニコランジル5mgの在庫が不足していたため、不足分の120錠を郵送対応することとなった。後日郵送した薬剤の中にニセルゴリン5mgが100錠混入しており、それを患者が服用してしまった。	100錠をフィルム、20錠をヒートで調剤しており、ヒートは正しい為そのまま調剤してしまった。メーカーと用量が同じであり、サイズも同じであるため間違いに繋がったものと思われる。	名称が類似しているものは、違う棚に配置し、出来る限り同メーカーを採用するのは避ける。	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
226	他院よりアンブロキソール45ｍｇとフェキソフェナジン60ｍｇを各1錠　分1で服用中。近医受診しアンブロキソール15ｍｇ2錠　とフェキソフェナジン　30ｍｇ2錠　各分２で処方された。お薬手帳より重複に気付き、疑義照会し、処方削除となった。	処方時の確認不足コミュニケーション不足と想定される。	患者の体重や年齢・併用薬を確認できている			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
227	他市の介護施設入所のため、家族が処方箋持参。多用量で、施設への送付となり、やり取りに時間がかかる。タプコム配合点眼液をタプロス点眼液に誤薬し、お渡しする。出られてすぐに気づきお戻りいただく。交換、謝罪す。	イレギュラーにおける、再確認の徹底。	２剤の配置は変えず、意識を高める。			タプコム配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	いつもと違う医師より処方されていた。リベルサス錠7mgが連日投与から週に一回の処方となっており、NGSP値が悪化したと患者から聴取したため、減薬はありえないと考え医師に疑義照会を行った。	リベルサス錠はGLP-1受容体作動薬の内服錠であるが、同一一般名のオゼンピック皮下注が週1回投与製剤であることから、医師が処方を混同したと考えられる。	GLP-1受容体作動薬であるセマグルチドには内服錠と皮下注の剤形が存在し、内服錠は連日投与製剤であるのに対し、皮下注は週1回投与製剤であることを周知徹底した。			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
229	いつもの服用されている薬だったが、自分の思い込みが強かったため処方箋記載の薬（75ｍｇ）と調剤した薬（17.5ｍｇ）の違いに気づけなかった。	薬局は混んでいなかったため、逆に投薬に焦りが出たことで心に余裕がなくなったこと	投薬前に処方箋通りに入力されているか調剤録と処方線を確認しているが、今回はそれを見逃したので、薬剤名の隣に、規格と販売元名を調剤録に記入する			リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラー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	本草の葛根湯と小青龍湯が隣同士で保管してあり小青龍湯60包処方のところ27包が葛根湯でお渡ししてしまった。患者さんが服用してるといつもと違うパッケージだったので薬局に持参されて発覚。	箱を並べて管理していたことで箱の色味が同じで番号とかは違うのだが慌てていると見逃してしまいがち。監査機は小青龍湯のコードが読み取られ全部コードを通すわけではないので違うのが混在していても通過した。輪ゴムでまとめられた束の数はチェックしたが1つずつのパッケージの番号までは確認不足でした	保管する場所を離しました	本草小青龍湯エキス顆粒－Ｍ	本草葛根湯エキス顆粒－Ｍ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	ずっとタプロス点眼が処方されており、先発希望であった。今回、眼圧が高く点眼薬がタフルプロスト・チモロール配合点眼駅に変更となっていたが、事務が手入力でタプロスを入れてしまった。普段2次元バーコードによる入力なので変わって入力されることが無かった為、そのまま監査してしまった。患者さんにお渡しするタイミングでお薬が変わると言われたとの話で確認したところ変更になっていることに気が付いた。	普段、2次元バーコードでの入力なので、データと違う薬が入力されることはあり得ない。しかし、レセコンの患者コメントに「タプロス希望」と書かれていたので手入力でタプロスに変更してしまっていた。	手入力で、処方内容の変更をしないとルールを決めた。	タフチモ配合点眼液「ＮＩＴ」	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	コタロー黄連解毒湯エキスカプセルが処方されている患者さんへコタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルを調剤してしまった。業務終了後発注作業時に、本日処方になっていない薬の発注札があり、在庫を確認。調剤ミスが発覚した。	調剤者はコタローのカプセルといえば、麻黄附子細辛湯と思い込んでいるところがあった。鑑査者は、混んでいて焦りと違うことに考えが言っていて、確認が不十分であった。	忙しいときこそ、いつもと同じ手順を崩さず、監査する。	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
233	薬剤師1人時での調剤。ツムラ抑肝散（５４）7.5g×28日分の調剤時、抑肝散（４２包包装）の保管場所にツムラ加味逍遙散（２４）（４２包包装）の箱が紛れていた事に気付かず、抑肝散14日分、加味逍遙散14日分で調剤。監査時に事務員が気付いた。	同じ黄色ラインの箱だった為、１２月末の棚卸時に戻し間違えていた。通常は４箱の在庫としている薬剤だった為、調剤時に５箱ある事に違和感は感じたが、目に入った箱が抑肝散であった為、発注数の間違いだろうと思い、手に持った箱の１つが違うとは思わなかった。	箱の色が同じ漢方については、可能な限り離して保管する事とした。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	グラアルファの処方のところグラナテックを調剤	製品名類似による間違い	監査を確実にする	グラアルファ配合点眼液	グラナテック点眼液０．４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	アンブロキソール15mgを交付すべきところ、外観の似ている一硝酸イソソルビド20mgがピッキングされ、監査薬剤師も、交付薬剤師も余りにも、想定外のミスであったのと、繁忙期で有り、加えて交付時患者に、定期処方薬の処方変更を依頼されていた事も有り、基本の薬剤確認を、疎かにしてしまいそのまま交付してしまい、患者に薬剤名の指摘を受けて初めて薬の取り違えに気づいた。	余りにも想定外のミスであった事と、繁忙期であった事と、監査薬剤師も忙しさにかまけて、見逃してしまい、交付薬剤師も、不意の処方変更の希望に気を取られて見落としてしまいそのまま交付に至ってしまった。	どんなに忙しくても焦らず落ち着いて、基本に立ち返り、正しい薬を交付する事を肝に銘じて、キチンと見て、キチンと監査し、確認を怠らない事を薬剤師全員に、改めて徹底した。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「ＣＥＯ」	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	12月にタプロス点眼が初めて処方された。入力がタプコム配合点眼になっており、入力者がピッキングを行う。投薬者は間違いに気づかずそのまま投薬。患者様は、先生から聞いていると、こちらとの会話を拒否。2月になり、担当Dr.はいなかったものの、眼圧の調子が良いからとDo処方されたが、今回、キャップの色が違うことでインシデント発覚。害はなかったものの、Dr.に報告	昼休みの人数が少ない中で、入力間違いがあり、そのまま気づかずに投薬までいってしまった。患者様とも会話できる状態ではなく、2月までその目薬を使用してしまった。	今までは、入力は正しいが、ピッキングでの間違いがあり、入力された薬情と照らし合わせるようにしていたが、今回は入力自体が間違っていたため、その確認が出来ず。基本の処方箋を見て投薬することがおざなりになっていたと思われ、今後まずは基本を思い出して投薬するよう徹底する	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
237	クラビット錠歴で頭痛、腹痛の患者に今回処方。クラリスロマイシン錠に変更	副作用歴確認不足	きちんと薬歴、副作用歴確認する。			レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」クラリスロマイシン錠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
238	タプロス配合点眼液からタプコム配合点眼液に処方変更になったが、気付かずにタプロス配合点眼液をお渡しした。翌月の処方箋持参時に前回の入力ミスに気付いた。医師には誤調剤で患者様に違う薬が渡ってしまい使用されていた旨、お伝えした。特に眼圧に問題はなかったため医師は了解しましたとの返答であった。	朝の早い時間のため薬剤師と事務の二人の業務だった。バーコードではなく手入力の処方箋のため処方変更に気付かずにdo入力した。一人調剤・監査で入力ミスに気付くことなく投薬した。	手入力の処方箋の入力については見直しを徹底する。人数が少ない時、一人調剤・監査のため間違いがないか入力者と共に処方箋に間違いがないかの確認を特に徹底する。調剤は調剤録ではなく、処方箋をみて行う。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	クロピドグレル７５ｍｇ処方時にプレガバリンＯＤ７５ｍｇをピッキングした薬剤師がそのまま監査、投薬を行い、患者様からいつもと色とデザインが違う薬が混入と連絡あり、ご自宅に伺いご説明したうえでお薬の交換をおこないました。	業務時間が繁忙時に　処方箋受付から服薬指導までの一連の流れの作業を一人の薬剤師で完結して行ったため、別の目で監査が行われなかったため発生したインシデント事例	監査時は別の薬剤師が担当するを徹底する。万が一の状況時は十分に監査をしたうえで対応	クロピドグレル錠７５ｍｇ「トーワ」	プレガバリンＯＤ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
240	トラネキサム酸ｙｄ250を間違えてアストミン10で出してしまった喉の調子が上がらなくて、患者さん本人が気づいた	包装のデザイン類似、忙しくて診間違え	処方箋だけでなく、薬情の写真も注意深く確認	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	アストミン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	テラムロAPトーワの計数間違い。	焦りや確認不足がある。監査前にもう一度自己確認を行う。	手順の確認を再度行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
242	クローン病患者の方にサラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されていたが、サラゾスルファピリジン錠を間違えて投薬し、他院受診時に間違えてお渡ししている事が発覚。特に体調変化は見られなかった。	サラゾスルファピリジン腸溶錠とサラゾスルファピリジン錠の適応が違う事の認識が漏れていた。	監査時に既往歴を確認し、ピッキング注意のコメントを入れる。調剤棚にピッキング注意の張り紙を付ける。			サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」 サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラー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	一包化のばらし後の錠剤を似た形の錠剤のところへ間違えて充填してしまい一包化で出てきた。	ニコランジル5ｍｇとビソプロロールフマル酸塩錠2.5ｍｇの充填間違い。	ばらして順天するときには一錠ずつ印字までしっかり確認するようにする。			ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	アンブロキソール塩酸塩錠１回１錠の所を１回２錠服用のラベルをつけて渡してしまった患者様が来局時に１回２錠のラベルが付いていたと薬剤のヒートを持って来られて事故が発覚したいつもでている薬剤で１回１錠で服用していた為誤服用は避けられた	薬効の似たカルボシステイン錠２５０ｍｇを１回２錠のラベルをつける事が頻繁にあるため同じくつけてしまったと思われます	患者説明時に薬情の画像と実物の薬剤を照らし合わせて１回何錠と声出しして薬剤を交付する			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
245	ロスーゼットＬＤとＨＤの取り間違え	一人対応の為	一人調剤時には写メにて記録を残す。	ロスーゼット配合錠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
246	エンレスト力価入力間違い。レセコン入力不慣れなため力価の見落とし、投薬時に気が付いて修正	当該薬剤の力価処方変更は先月だったが、先々月の処方内容をレセコンの処方コピー機能を利用し、誤った力価を入力してしまった	コピー機能の利用時の注意、先月内容からコピーし、処方変更内容を確認しながら入力することの確認。また変更内容はスタッフ間で声を出して確認するなど共有必要性を再確認した	エンレスト錠５０ｍｇ	エンレスト錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
247	一包化調剤時　一包化機器のカセッターへの充てん作業においてスルピリド錠５０ｍｇ「サワイ」を充填すべきところアマンタジン塩酸塩錠５０mg「サワイ」を充填。充填した瞬時に気づいたため　過誤には至らなかった。	充填時の確認不足。両剤のパッケージが似ており、両剤並んで配置されていたため。	充填時、二人で声掛けをし、確認を怠らないようにする。パッケージが似ているため　薬品の置き場所を離して配置する。	スルピリド錠５０ｍｇ「サワイ」	アマンタジン塩酸塩錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
248	抑肝散の処方で出ていたが、加味逍遥散をお渡し。	パッケージの類似(黄色の24番と54番)両薬剤が隣同士に配置されており、間違えてピッキングしてしまった。	パッケージが似ている薬剤は場所を離して配置するようにした。鑑査も薬袋と照らし合わせてしっかり行うようにする。	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
249	マイザー軟膏２０ｇ強力レスタミン軟膏２０ｇのMIXを１５ｇ１５ｇのMIXでお渡ししてしまった。	予製してあり２０ｇ２０ｇ、１5g１5gと分かるよう別に仕切って置いてあるがまだ慣れていない薬剤師がそこからピッキングし、もう一人の薬剤師がよく確認しないで投薬した。	予製してあるものでも調剤者、投薬者ともに気をつけるようにする。			マイザー軟膏０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	普段テルチア錠（アムロジピン・ヒドロクロロチアジド配合錠）を服用中の患者。一般名処方で、アムロジピン・テルミサルタン配合錠に変更となって入ることに、投薬中に気がついた。	思い込みによる監査。	高血圧の配合剤について、知識の整理を行う。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	普段からスレンダム軟膏を使用している方だが販売中止により類似薬のスタデルム軟膏へ変更になったが気がつかずスレンダム軟膏を調剤	販売中止品を棚の中へ入れっぱなしにしていた周知不足	販売中止品は把握し、代替薬を準備し、周知する	スタデルム軟膏５％	スレンダム軟膏１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	タプコム配合点眼液が処方されていたがタプロス点眼液0.0015％を調剤した	背景：効能・効果が同じで類似した薬品名であったこと要因：薬品名の確認不足	類似している薬品名で同じ効能・効果の薬剤を在庫している場合は、調剤時に気づけるよう表記する	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
253	むくみの原因がわからず、来局日（処方日）の７日後リンパ節の生研の手術を入院して行うことになるその入院時の持参薬の確認時に処方内容（フロセミド２０?r）と持参薬（フェブキスタット２０?r）が違うことに気づき、病院から電話が入る	定期的に来られている患者さんで、常は、整形外科の処方内容だったのが、今回、別病院で日頃よりむくみがありびっくりし、原因がわからず生研をすることになった話に気をとられて、設置棚が近く、とり間違えに気付かず渡してしまう。病院に入院されるまでの６日間気づかなかった監査に集中せず、棚が近かったことに原因がある	似たような名称の薬の設置棚の改善と、見た目で間違わないような目印をつけるこまめな在庫チェックを行う	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」	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	
254	その日の営業時間で一番忙しく混雑時に処方内容がエプレレノン100ｍｇだったのを誤って50ｍｇで調剤。それまで100ｍｇはほとんど出ることがなく、不注意による調剤。調剤後の調剤録作成時に規格違いに気づき患者へTEL　幸い服用しておらずお薬の交換をしました。	混雑時によるミスと普段から出ている規格を調剤してしまったので、完全な不注意なのでしっかり監査を忙しいときほど時間をかけてやらねばいけない.	混雑時ほど正確に時間をかけてでも監査を徹底を。			エプレレノン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
255	店舗内で棚卸中、理論在庫上クラシエよくい仁湯エキス錠が１７１錠多く、クラシエ防風通聖散エキス錠が１７１錠少ないことが発覚。棚卸時点で過去6ヶ月間でよくい仁湯エキス錠を服用している患者は１名。クラシエ防風通聖散エキス錠を服用しいてる患者は０名であった。この時点でクラシエよくい仁湯エキス錠ではなくクラシエ防風通聖散エキス錠が患者へ渡っている可能性があった。処方内容はクラシエよくい仁湯エキス錠 １２錠分２朝夕食後３０日分でありクラシエよくい仁湯エキス錠３６０錠中１７１錠がクラシエ防風通聖散エキス錠でお渡しした可能性が高いことが発覚した。 直ちにクラシエよくい仁湯エキス錠服用患者へ連絡するも出先のため、訪問しての内容確認は断られた。翌日、患者本人が薬局へ来局し、持参した薬剤を確認したところ、クラシエ防風通聖散エキス錠１５３錠を確認。予想される数より１８錠少ないため、１８錠分内服してしまったと考えられる。患者は内服中、クラシエ防風通聖散エキス錠を内服していることにまったく気が付かず、多少の倦怠感は感じたが大きな体調不良はないことを確認した。今回クラシエよくい仁湯エキス錠の中ににクラシエ防風通聖散エキス錠が混入して渡してしまったことを謝罪し、了承えられた。処方元へは電話にて状況を説明し、再度情報提供書にて報告した。	今回のクラシエ防風通聖散エキス錠とクラシエよくい仁湯エキス錠は外観が酷似しており、調剤棚では隣どうしでおいていたため誤って調剤してしまったものと考えられる。また、調剤する際に７シートごとに束ねられているもの以外の半端分はその場で輪ゴムでとめており、その中にクラシエ防風通聖散エキス錠とクラシエよくい仁湯エキス錠が混入していたため、監査で見落とす原因となってしまった。さらに監査ではピッキングシステムによる監査を行っていたが、バーコードを読み込むタイプのため正しいクラシエよくい仁エキス錠が読み込まれており、監査もスルーされてしまった。	漢方の在庫棚の配置変更を行い、類似した見た目や番号のものは離しておくこととした。また、棚自体を増設し今後過誤を減らすべく、クラシエとツムラの漢方の保管場所も別とした。また、監査システムの特性上1つでも正しいものを読み込んだ場合は監査済みとなってしまう。これまで調剤時に輪ゴムでまとめていたものをやめ、監査時に輪ゴムでまとめることとし、調剤された薬剤すべてにおいて薬剤師の目視での確認を徹底することとした。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	クラシエ防風通聖散エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
256	小児科より、下記の処方を含む処方せんを受け付けた。 11歳2ヶ月　男性　42.5ｋｇ アセトアミノフェン細粒20%　1ｇ頓服 ８回分 患者の体重から１回量が少ないと判断し、疑義照会した結果、カロナール錠300　１錠に変更となった。	アセトアミノフェンが体重当たりの適量の半分ほどになっており、用量に幅がある薬剤としても少ないと判断した。用量の計算の誤り、または薬剤自体が誤りだったことも考えられる。	小児の薬剤は体重、年齢から量が決まるものが多く、調剤前の処方監査を徹底する。また、体重の情報は定期的に更新して最新の情報に近い状態にしておく。			カロナール細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	ウラリット配合錠が処方されていたが、ウリアデック錠２０ｍｇを誤って患者本人へ渡していた。患者本人から連絡があり発覚した。	名称類似のためピッキング誤り、鑑査もそのまま通してしまった。	名称類似品として棚に表示をつける。	ウラリット配合錠	ウリアデック錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	カルボシステイン錠500mgの在庫不足の為、複数のメーカーを使用していたが、今回カルボシステイン錠500mg「サワイ」で入力するところ、カルボシステイン錠500mg「トーワ」にて入力してお渡しした。また、21錠処方であったが、カルボシステイン錠500mg「サワイ」を10錠、「トーワ」で11錠お渡ししてしまった。	カルボシステイン錠500mgの在庫が不足しているため、複数のメーカーのものを扱っており、前回使用し、棚に戻す際にメーカーを間違えてしまった可能性が考えられる。投薬時には錠剤シートの表裏を確認しなかったため、確認が漏れてしまったことも原因として考えられる。	複数のメーカーを扱う際には付箋などで注意喚起を行う。また、錠剤シートの表裏を確認し、複数のメーカーのものを調剤していないか確認する。			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
259	ベタニス錠５０ｍｇの薬袋にベオーバ錠５０ｍｇが入っていると患者より連絡あり　処方箋確認したところ前回までベタニス錠５０ｍｇが処方されていましたが今回よりベオーバ錠５０ｍｇに変更になっていました　ベオーバ錠５０ｍｇが正しく薬袋のベタニス錠５０ｍｇが間違いで用法用量は合っている旨伝えました	繁忙ではありましたが慣れと同種同効名称ｍｇ数が原因で入力を間違えたと考えられます監査は合っていましたが投薬時の薬袋確認が出来ていませんでした	監査時薬袋の確認をする　薬剤師と事務の処方変更時の中身確認することにしました	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
260	交付したフェブキソスタット錠20mgの中にタリージェOD錠5mgが２錠混ざっていた。患者本人が見つけて薬局まで来られました。	タリージェOD錠5mgとフェブキソスタット錠20mgの棚が上下にあり、端数のタリージェOD錠5mg ２錠をフェブキソスタット錠20mgの棚にもどれていた。気が付かずに患者さんに交付した。	棚の位置をずらして配置する様にしました。	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
261	１月から異動してきた薬剤師が、処方されていた「柴朴湯」と間違って「半夏厚朴湯」を調剤した。鑑査者が気づき訂正したため患者には交付されなかった。前にいた薬局では柴朴湯があまり処方されておらず、色や番号が似ており前の店舗で良く処方されていた半夏厚朴湯を調剤してしまったと考えられる。	処方箋のコピーを見てピッキングする形式。柴朴湯と厚朴湯と名前が類似していること、番号がそれぞれ９６番と１６番で色が同一な事から間違って調剤した模様。	移動直後の人に対して名称類似漢方薬を説明し、あらかじめ知識をつけておいてもらう。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（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
262	以前からロフラゼプ酸１ｍｇを服用していたが、量を増やしてロフラゼプ酸2ｍｇになった。	規格違いのある医薬品は最後の数字を確認する	入力時に最後にもう一度規格の確認をする	ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「サワイ」	ロフラゼプ酸エチル錠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
263	デキサメタゾンローション0.1%「イワキ」の処方をベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」で調剤し、監査、投薬と見逃してしまい、患者さんが帰宅後その間違いに気づいて連絡し発覚。使用前に薬剤を正しいものに交換した。	同メーカーの薬剤で外装が類似していて、どちらも頻用のものではなかった上に思い込みで確認が不十分であった。	薬剤名・規格・容量など慣れることなく毎回きちんと確認する。外装や薬剤名が類似するものは特に注意を払って行うようにする。	デキサメタゾンローション０．１％「イワキ」	ベタメタゾン吉草酸エステルローション０．１２％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
264	耳鼻科からの処方にて、一般名「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μg56噴霧」のところ一般名「フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液」と入力し先発品変換してしまった。正しくは小児用フルナーゼ点鼻25μgだが、間違えてアラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用で調剤してしまった。患者家族より、いつも黄色い蓋の点鼻を使っていると指摘され間違いに気づいた	アラミスト点鼻とフルナーゼ点鼻の一般名が非常に似ているため事務員が間違えて入力。そのまま薬剤師の監査も通り抜けてしまった。一般名は似ているが用法用量が1日2回と1回と異なるため、その点でも発見は出来ただろう。	似ている一般名処方の周知徹底を図る	小児用フルナーゼ点鼻液２５μｇ５６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
265	トレリーフＯＤ50ｍｇを含む一包化調剤を行うべきところ、トラマールＯＤ50ｍｇを事務Ａがピッキングし、薬剤師Ｂが確認不足のまま一包化調剤を行い、薬剤師Ｃが間違いに気付かず監査・投薬を行った。交付後程なく、事務Ｄが当日調剤していないはずの空ＰＴＰが廃棄されているのを見つけ在庫確認を行ったところ、誤りに気付いた。患者家族へすぐに電話連絡し、誤って作成した一包化薬全てを回収、再調剤し、謝罪して再交付した。	パーキンソン病患者であり服用薬が多く、処方箋ＦＡＸ受診後さほど時間を経ずに家族が来局するケースが多い為、間に合うようにとの焦りがあった。当局人員が少ない曜日であり、複数人での確認が徹底されなかった。慣れによる認識の甘さもあったと思われる。	業務と関係のない会話をしながらのピッキングや調剤作業だった可能性も否めず、調剤室では集中して取り組むことを徹底する。鑑査者は常に疑いの目で鑑査を行う。関与していない職員においても、交付前後に誤りがないかを可能な限り周囲点検し、声掛けを行う。	トレリーフＯＤ錠５０ｍｇ	トラマールＯＤ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	一包化を鑑査中にカルデナリン錠2mgが正しいところ、カンデサルタン錠2mgが調剤されていることが判明。	確認不足と思い込みによる調剤が原因。ピッキングと分包者が別の物であったが両者の確認不足、思い込みでミス。	処方せんと見比べ指さし確認を行う。	カルデナリン錠２ｍｇ	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	一般名処方の合剤でアジルサルタンとアムロジピンの記載を見間違えて、カンデサルタンとアムロジピンの合剤を交付してしまった。	薬剤調整者と監査者が別人であったのに、監査で見落としてしまった。	ダブルチェックをきちんとする。	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
268	以前から来局されている患者さんの処方箋FAXにアゾセミド錠３０ｍｇが処方されていた。ピッキングし、一包化を実施するときの薬剤の確認の際に、アゾセミド錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」でなくピオグリタゾン錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」がピッキングされていることに気付いた。その後、正しい薬剤に訂正し、一包化を作成した。	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」の薬品棚にピオグリタゾン錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」が入っていることが判明した。そのため、ピッキングミスをしてしまったと考えられる。両薬剤とも同じメーカーの「ＤＳＥＰ」で外観が似ていたため、入庫の際に誤った場所に片づけてしまったのだと思われる。	外観類似による間違いであるため、その都度薬剤の確認をして流れ作業にしないよう注意する必要がある。今回の事例については薬局スタッフ内で情報共有した。また、一包化する際には、薬剤の再確認が大切であることを再確認した。	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ピオグリタゾン錠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
269	フロセミド錠が今回より４０ｍｇから２０ｍｇに減量になっていたが、他のことに気が取られ、処方鑑査と現物鑑査、入力鑑査と投薬時に気が付かず、そのまま交付してしまった。後日、入力のチェックをしていた当該薬局の事務員が、入力の誤りに気が付き本件に関する入力ミスが発覚。同時に、交付した薬剤も誤ったものであったことが判明した。即日、当該患者に連絡し、正しいお薬と交換した。	入力者がヘルプで入っていた事務員であり、処方鑑査時などの際に処方箋の形式などについて複数の質問を受け対応していた。その際、薬局自体が混雑していたこともあり、全体的に鑑査にムラが生じてしまった。	薬局内の環境が変わっても、落ち着いて鑑査をするよう心掛ける。			フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	処方せんにテネリアで処方されていたがデベルザでピッキング	同じ引き出しにあり箱の色の類似、同じ疾病の薬、名前の類似	箱に印をつかる片方を引き出しから上の調剤棚に変更	テネリア錠２０ｍｇ	デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
271	施設在宅ですべて一包化でお渡しの患者の処方処方箋受付前にいつもの薬で本人の体調もかわりないと施設職員に聴取していた前回までバルプロ酸ナトリウム徐放錠200mg4錠2×と記載あったが今回はセレニカR200mg4錠２×の記載であった。セレニカR200は１日１回の徐放錠で分包も負荷のため疑義照会対象と考えたが、一般名処方から商品名処方に切り替わった際の単純なエラーである可能性も否めないため　問い合わせし結果的にデパケンRの処方を意図していたことを確認でき今まで通りバルプロ酸徐放錠A２００mgトーワを分２でお渡しした。	施設職員からの事前聴取でいつも通りの処方が受付されると予想していた。セレニカR200ｍｇからバルプロ酸Na徐放錠Aトーワへの変更がレセコンでは可能であった。	デパケン製剤の普通錠、徐放錠、一般名処方、商品名処方による調剤エラーが今後も起こり得るセレニカR、デパケンRの薬物動態の違い、吸湿性などの製剤的特徴を再度店舗内共有し誰が調剤にあたっても未然に修正できるようにした。			セレニカR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	一般名「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液」で入力するところを「フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液」で入力。監査の薬剤師が調剤された薬と入力された内容が異なることに気付き発覚。	入力した医療事務がフルチカゾン点鼻に「プロピオン酸エステル」と「フランカルボン酸エステル」が存在することを知らなかったため、既知の「プロピオン酸エステル」を入力してしまった。	本事例を薬局内で共有し、医療事務だけでなく薬剤師に対しても周知を行う。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「杏林」２８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
273	処方でオーグメンチン錠が処方。話を聞くと以前ペニシリン系でアレルギーあり。処方医に確認後フロモックス錠剤に変更になりました。	抗生剤が処方、特にペニシリン系配合の配合錠には注意が必要。	ペニシリン系処方の際は毎回ペニシリン系アレルギーがないか患者に確認する。			オーグメンチン配合錠２５０ＲＳ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	一般名の似ている薬剤の取り間違え	思い込みでピッキング	しっかりと確認	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	イルアミクス配合錠ＬＤ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
275	ツムラ牛腎気丸エキス顆粒処方の所、ツムラ八味地黄丸エキス顆粒をお渡ししてしまった。後日、ご本人の連絡で発覚した。患者来され謝罪の上お取り替えした。	患者の対応件数が多くなってきていて、その日八味地黄丸の処方も続いていた。勘違い上お渡ししてしまったと考えられる。	包装、処方の似ている物ついては再度確認して監査、投薬を行う事とする。	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）		ヒューマンエラー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	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液を定期的に使用している患者に対して事務員が薬を誤ってフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液を取揃えた。薬剤師が監査中に明らかにデバイスの形が違うことで誤りに気づき投薬前に取揃え直した。	当薬局では過誤が発生しやすい処方箋が集中する時間帯だった。先発品のアラミスト点鼻液の後発として発売されて間もなく、取り間違えた薬品と名称が酷似していると思いつつ薬局での対策は行っていなかった。 事務員は6文字目まで同一名称の点鼻薬を見慣れないがパッケージ変更が行われたのかなと勘違いしてピッキング。やｋ薬剤師が普段からその点鼻薬を使用していた経緯もあり、直ぐに誤りに気づくことができた。	離れた場所に保管し、名称類似注意期間POPを作成。名称類似薬品一覧を作成し、事務員含めたスタッフ一同に周知徹底を行う。	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「トーワ」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
277	薬剤師の指示により、事務員が調剤。ツムラ川きゅう茶調散を調剤したところ、ツムラ柴苓湯が一部混ざっていた。鑑査時に発見し、正しいものを調剤しなおした。	ツムラの漢方薬、外袋類似、カラーも同じだった。どちらもサ行から始まるため、同じ引き出しに格納してあった。	サ行の引き出しを２つにわけ、同じところへ置かないようにした。	ツムラ川きゅう茶調散エキス顆粒（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
278	印字を毎食前とするところを毎食直前と印字	クレステージライトで前回の処方を引っ張った為	変更の際はレセプティーからとばして印字を行う			レパグリニド錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	SM配合散とYM散を誤って調剤されていることに鑑査時に気付かず、YM散でお渡ししてしまった。患者帰宅後、家族が誤りに気付き、服用前に交換した。	類似した名前の薬品があることを知らなかった。	類似品があることを調剤棚に記載して注意喚起した。	Ｓ・Ｍ配合散	ＹＭ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	
280	親水ワセリンの処方だったが当店に在庫がなく他店から小分けで薬をもらった。その際、ジャーナルには親水ワセリンと書いてあったが、もらった容器には親水クリームと記載があり発覚。投薬後の棚卸中に発見し、医師にも報告。もしすでに使用されているなら親水クリームでもかまわないと。患者さんのご家族にTELしたところまだ未使用だったので謝罪し、親水ワセリンへ交換した。	在庫がなかったこと、混雑していたこと、ジャーナルは正しい薬の名前だったことなどから誤ったお薬であることに気が付けなかった。	他店から小分けでもらう際は大元の容器でも確認する。容器ごともらった時は容器も監査者にチェックしてもらう。軟膏自体の外観もある程度覚えておく。	【般】親水ワセリン	【般】親水クリーム		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
281	エプレレノン100ｍｇをエンレスト100ｍｇを取り間違えた	本日　エンレストの処方が多かった忙しく在宅行って休み時間もなく仕事していた	声だし確認	エプレレノン錠１００ｍｇ「杏林」	エンレスト錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	デエビゴ１０ミリに増量されていたが、前取りして前の５ミリで入力	思い込みで前取りしない	患者さんに変わった薬がないかを訊く	デエビゴ錠１０ｍｇ	デエビゴ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	定期薬45日分処方のため、R6.1/23ニフェジピンCR20mg45錠を交付するところ、1ヒート10錠をテネリア20mgを混ぜて交付した。R6.2/14に患者が持参し調剤過誤が発覚し、患者に謝罪した。	テネリアを棚へ片付ける時に規格表示が同じニフェジピンCR20mgの棚にかたずけ、その後、後日ピッキング時に混ざっていることに気づかずに薬を交付してしまったと考えられます。棚からの取り揃え者一人、監査者一人で、監査者と交付者が同じ状況でした。	棚へ戻すときは2人で確認して戻す。調剤、監査、交付時の手順を遵守し怠らない。ヒアリハット事例を薬局内で共有する。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	テネリア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
284	分包紙に「ソリフェナシン2.5mg」と記載するところ「ソリフェナシン5mg」と記載印字してしまった。中身はソリフェナシン2，5mg１Tであり間違っていなかったが監査中に発見正しく印字して調剤をしなおした。	普段薬局で頻繁にでる規格と本案件との規格が違う事の意識が足らなかった。	普段の処方箋の特徴に関係なく１つ１つの処方箋の内容を注意して調剤を行う。			ソリフェナシンコハク酸塩錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	一般名称からの入力で、テルミサルタン80mg・アムロジピン錠のところ、テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアヂド錠で入力をしてしまった。	混雑時で新患の為、入力する箇所が多く、慣れない者が入力した為、よく似た薬で入力してしまった。	一般名称からの入力は、一文字たりとも見落とさないように気を付けるようにしました。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
286	分包にて　分包機に充填してあった医薬品でセルベックスカプセルの中に１capアタラックスPが混入していたその後　患者からいつもと違う薬が入っているとの連絡あり。薬剤師が訪問し確認、再調製した。	分包機に充填時　まとめてばらすときに混入したようだ。	外観が似ている薬を同時にばらさない。１種類づつ　行い　都度充填する。			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
287	モーラステープＬ40ｍｇの処に対してロキソプロフェンＮａテープ100ｍｇが調剤されていた。	監査システムを用いて監査しなかったと思われる。	監査システムによる監査を怠わず監査することを情報共有する。	モーラステープＬ４０ｍｇ	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	いつも柴胡加竜骨牡蛎湯が処方されている患者に、桂枝加竜骨牡蛎湯が処方されていた。処方の変更に気がつかず、いつもの薬を出してしまった。患者が1か月後に、同じクリニックの処方をほかの薬局に出したところ、いつもと違う漢方薬が処方された。処方を確認したところ、前回から漢方薬が変わったことがわかり調剤ミスが発覚した。	漢方薬の変更があった時に、桂枝加竜骨牡蛎湯の他に2種類の漢方薬が追加処方されていた。その漢方薬の服用方法が処方箋の記載だけではわからなかったので疑義照会をした。また追加の漢方薬がなかったので、メーカー欠品の薬ではないか確認する作業もあり、処方箋の確認を怠ってしまった。	ダブル監査の徹底、忙しい時間であっても平常心を保つことを徹底した。	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）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
289	セレコキシブ錠100ｍｇ「DSEP」の計数ミス。10錠のところ14錠で調剤して鑑査者に回してしまう。鑑査者が気づきヒヤリハットで済んだ。	1シート14錠のところを1シート10錠と思い込み調剤をした。	鑑査者に回す前に必ず再度計数確認を行ってから回すよう周知した。			セレコキシブ錠１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	インフルエンザでゾフルーザ処方のところゾコーバで調剤	インフルエンザ・コロナ患者の患者数の増加と多忙が重なったため	患者から症状・病名の聞き取りを徹底する	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
291	バルサルタン40ｍｇが処方されていたが、前回と同一内容の80ｍｇで入力し、一包化して監査をスルーしてしまい施設にお届けしたところ、聞き取りで、血圧が低下しているとのことで、間違いが発覚したため、修正し正しい内容で投薬した。	おもに処方せんを応需している医療機関ではない医療機関の処方せんで、二次元バーコードの記載がなく、薬剤の規格の選択を誤り、自動錠剤分包機にデータが送られるため、そのまま調剤し、監査もスルーしてしまっていた。ルールでは、ヒートシールの殻を調剤者に渡して、それを見て確認することになっているが、守られずに、刻印の確認も怠っていた。施設の訴えにより間違いに気づいた。	二次元バーコードが無い処方せんの入力は細心の注意を要する点を再確認した。一包調剤の監査のルールを再度確認した（PTPの殻と刻印確認）慣れと慢心によって起こったミスである。	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	バルサルタン錠８０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液をお渡ししなければいけないところをフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻薬を渡しかけた	一般名処方が類似していたため、間違いかけた	調剤時、監査時のチェック体制を再度確認	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」２８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
293	ロキソプロフェンNaテープ「トーワ」を56枚ピッキングしたとことに、1袋分ロキソニンテープが混入。	ロキソニンテープをロキソプロフェンテープの場所に戻し間違いがされていたためと思われる。ピッキングの際確認を怠っていた。	薬を戻す際はダブルチェック、ピッキングの際は1袋ずつ確認する。			ロキソプロフェンＮａテープ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	
294	患者は定期処方薬として【般】ブチルスコポラミン臭化物錠10mg　1回1錠　腹痛時が処方されていた。今回も同様の処方がされたが、ブチルスコポラミン臭化物錠10mgの在庫が確保できない為、先発品であるブスコパン錠10mgで対応する事となった。 レセコン入力者が誤ってブチルスコポラミン臭化物錠10mg「ツルハラ」と入力した。入力により、薬袋、薬剤情報提供書、お薬手帳に反映される為、普段は薬袋にて確認をしている。監査・交付した薬剤師はブスコパン錠10mgだと思い込み、薬袋をあまり確認せずに監査を終えた。交付時に患者にブスコパン錠10mgを見せ、在庫の都合上先発品での対応となることを説明したが、薬袋の確認を怠り、誤ったまま交付した。患者が帰宅後に薬の確認を行ったところ、薬袋に記載されている名前と中に入っている薬剤が異なることに気付いた。薬局に確認の電話をしたことで誤って交付した事が発覚した。	薬剤師が薬袋の確認を怠った事が原因と考えられる。	処方監査を行う時は必ず処方箋や薬袋、薬剤情報提供書、お薬手帳の確認を行う。			ブスコパン錠１０ｍｇ ブチルスコポラミン臭化物錠１０ｍｇ「ツルハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	ヒルナミン25mg、112錠を渡すところを、同時に処方されていたピレチア錠25mg100錠とヒルナミン錠25mg12錠を混ぜて渡してしまった。	調剤者が、ピレチア錠25ｍｇ100錠とヒルナミン錠25ｍｇ100錠を間違え、輪ゴムでとめてしまった。鑑査者は、上部には、正しいヒルナミン12錠があったため、後ろの100錠が間違っていることに気が付かず、患者に渡してしまった。	監査するときは、輪ゴムを外し、全数を確認する。	ヒルナミン錠（２５ｍｇ）	ピレチア錠（２５ｍｇ）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	もともとイルベサルタン１００ｍｇを服用されており、一包化希望で予製している患者様。 血圧が病院で測ると高いとのことで、１２月１２日にイルベサルタンからイルアミクスＬＤに処方が変更になっており、患者も医師から処方変更する旨を聞いていたが、事務で気づかずにイルベサルタン１００ｍｇで入力。調剤した薬剤師も処方変更になっていたことに気づかずにイルベサルタン１００ｍｇのまま予製されていたものを準備し、鑑査も処方変更に気づかなかった。投薬の際、患者から処方変更になった話は聞いておらず、鑑査者もそのまま投薬。次の受診日である１月１５日に病院側がお薬手帳を確認した際、処方変更になっていないことに気づき、病院側から指摘があって発覚した。患者に謝罪し、１月１５日から処方変更して調剤しお渡しした。	門前の処方が一般名処方で来ており、どの段階でも「イルベサルタン」と「イルベサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠」を見間違えたことが原因。	薬局では取り違えを防ぐために事務のレセコンのところ、鑑査台のところにそれぞれ配合錠の表を作成して貼ってあるが、確認が漏れたこと、また一包化の予製の処方が来た際に、予製の内容と、来た処方内容が合致しているかどうかを現状では調剤者のみが確認している状態であったため、今回のケースではさらに確認が漏れたものと考えられる。今後予製の処方内容の確認は、調剤者と鑑査者でダブルチェックをするよう徹底することとした。			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	
297	全自動分包機のカセットのシロドシンOD錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」にシロスタゾールOD錠１００ｍｇ「ケミファ」が間違えて充填されていることに気付いた。いつも１００Ｔ単位で充填しているので残った数から１日前に交付した薬に混入しているのではと考えられた。患者さんに連絡をとったらまだ服用以前の状態で１５錠間違えて一包化されているのを発見した。謝罪して作り直した。服用前でよかった。	当日は、繁忙であった。カセット充填時には、他の人に確認してもらうルールだが、それがされてなかったが、適当に確認されていたとも考えられる。	全自動分包機のカセット充填時は必ず他の人に確認してもらうことを徹底しゆっくりと見えやすく確認してもらうこと。			シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「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
298	点眼瓶2.5ｍｌのもの7.5ｍｌの処方のところ、5ｍｌで投薬台に乗せて気付いた。	2.5ｍｌ点眼瓶の処方箋に何かしらわかるよう目印をすることを検討。	処方箋に鉛筆で印をつける。			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
299	吸入指導をして、その時にデモ機を使って指導していた。それを間違ってそのまま薬袋に入れて渡した。	デモ機を回収した時に素早く廃棄することを怠った。	かならず、他薬剤師にデモ機かどうかを確認して廃棄する。			ブデホル吸入粉末剤６０吸入「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
300	処方がトフィソパム50、1錠1日1回寝る前7日分のところ、ハイゼット50、を7錠渡してしまった。服用前に患者様から連絡があり発覚。	ピッキングした者の勘違いでハイゼット50を取ってしまっていた模様で、それに監査して投薬するものが気付かず投薬してしまった。	忙しくバタバタしている時間帯ほど、焦らず落ち着いて監査投薬するように全員で再確認。	トフィソパム錠５０ｍｇ「サワイ」	ハイゼット錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
301	イノラス配合経腸用液を２１袋交付する所、イノラス配合経腸用液７袋＋ラコールNF配合経腸用液１４袋が混入した状態で交付。	外観が似ており、イノラス配合経腸用液の段ボールの中にラコールNFを混在させてしまうと、外側からは判断がつきにくい。イノラス配合経腸溶とラコールNF配合経腸用液の在庫がある事を意識していなかった為、混在させてしまった。監査時に段ボールの外側から数の確認では見つけられなかった。	イノラスとラコールNFを混在させて保管しない。監査する時は数だけではなく、名前や味なども一度確認するように気を付ける。	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
302	一般名で書かれた　イルベサルタン・アムロジピン１０ｍｇ配合錠　を間違ってイルベサルタンＨＤの所、アムバロと取り間違った。	合剤の一般名の勘違い	しっかり確認する	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	アムバロ配合錠「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
303	普段はノボラピット注フレックスタッチの処方だが、本日からノボラピット注フレックスペンに変更になっていた。鑑査時に、入力間違いを発見した。	名称の類似、前回ＤＯで入力を行ったため。	前回ＤＯで入力した後、必ず処方箋を確認する	ノボラピッド注３００フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	テリルジー100エリプタ　2個の処方のところ、レルベア100エリプタ　2個で調剤・投薬。再発注時に誤投薬に気付き電話連絡を行い、使用前に交換に伺った。	また一人薬剤師での運用の薬局のため、思い込みでの間違いに気付きにくい環境にあった。類似した剤型・薬効の薬剤であり混同に常に注意すべき薬剤であったが、慣れにより調剤時声出し確認等を行わず取り違えた。	声出し指差し確認の徹底時間的な余裕がある場合はしばらく間を開けてから再確認を行う	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
305	定期薬としてノイロトロピン錠4単位が処方されていたところ、ノイロビタン配合錠が調剤され、それを監査してそのまま交付した。服用時にいつもと違うことに気づいた患者本人が直接薬局に連絡し、後に薬を持参し、過誤を確認した。	名称が酷似しているものとして認識しているはずであるが、注意が散漫な状態での監査であったかもしれない。	監査時には集中するように、改めて注意するとともに、薬品棚に注意喚起するような工夫する。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
306	処方箋入力時に漢方薬の名称「ツムラ柴朴湯」を「ツムラ柴苓湯」と見間違えて思い込みによる入力してしまった。薬剤を「ツムラ柴苓湯」と思い込んでいた為に、調剤補助者にも「ツムラ柴苓湯」の在庫確認をするように伝えた。この時薬剤師は別の患者に投薬中だったため、調剤補助者は処方箋の名称を再度確認せず柴苓湯の在庫を確認しピッキングおこなってしまった。調剤が完了し、薬剤師は投薬の際に調剤された漢方薬が今回追加調剤されたお薬だったため、なぜこの薬剤が選択されたのか患者と話をしましたが、疑問が残りました。ですが、この疑問に関して最終的に自己完結し、薬袋と薬剤の確認のみで投薬してしまいました。	繁忙時間帯であり、次の患者が待機されていて薬剤選択について疑問が残ったにも関わらず投薬をおこなってしまった。処方箋原本との三点照合を怠って、薬袋と薬剤の二点だけで監査してしまった。また薬剤用量の違いに気づければ薬剤の間違いにも気が付けたはずでした。	処方箋が基本になるものであるため、薬袋に頼らず必ず処方箋・薬・薬袋の三点照合を行う似た薬剤名に関して、注意喚起を行うシール等の目印をつける事にする。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	16時頃来局。前回との変更点が2か所あり、グリグラジド錠20ｍｇ→グリグラジド錠40ｍｇの増量とパルモディアＸＲ錠0.2ｍｇ→パルモディアＸＲ錠0.4ｍｇの増量。そのうちのパルモディアの変更点に気付かず入力監査交付まで行ってしまった。18時頃交付後のチェックにより気付き患者へすぐに電話し事情を伝え回収と修正をしに伺うと提案した所、明朝に伺うことになった。その後来局しパルモディアXR0.2ｍｇ全量回収し、パルモディアXR錠0.4ｍｇを交付。	調剤に対する慣れによる典型的なブロッキング現象	少人数の薬局のため、1人で処方箋の入力、監査、ピッキング、交付まで行うことがあるため、一つ一つを丁寧に進め、処方箋原本との照らし合わせや交付時に薬と処方箋内容が正しく調剤されているかを確認しながら服薬指導を行うことを徹底する。			パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
308	オロパタジン口腔内崩壊錠　2錠　28日分の処方のところ、錠剤端数の2錠を誤ってアンブロキソール徐放口腔内崩壊錠で調剤。監査もスルーしてしまい患者家族からの問い合わせで発覚。後日交換した。	外観が異なる錠剤であり、混入してしまったと考える。また棚が隣どうしになっていることも要因と思われる。	棚の位置をずらし混入を防ぐ。	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	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
309	タリージェＯＤ５ｍｇ２錠朝夕食後服用中。本日受診時１０ｍｇへ増量とのことだったが、実際の処方はベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ２錠朝夕食後できていたため、処方医に疑義照会を行った。結果、タリージェＯＤ１０ｍｇへ変更となった。	カルテ記載の文字がタリージェがタリオンと見えたため、処方箋発行時に間違えて一般名のベポタスチン処方となっていた模様。	投薬時に患者としっかり話して内容を確認できたため、誤交付を防ぐことができた事例。	タリージェＯＤ錠１０ｍｇ	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
310	メマンチンOD錠20mg一包化56日分のうち14日分がデュロキセチンOD錠20mgになってお渡し。外観が類似する医薬品であり、カセットに充填する際に誤って充填しており、監査時にも気付かずお渡し。一包化の刻印は56日分のうち最初と最後のみ確認しており、間の刻印確認は行っていない。	充填時の確認不足	充填時ダブルチェックの徹底	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠２０ｍｇ「サンド」	デュロキセチン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
311	昼の時間で勤務薬剤師が交代で数人休憩に入っていた中、来局患者様が多くなり、繁忙になった。ツムラ半夏瀉心湯が処方されていたところ、誤ってツムラ半夏厚朴湯を調剤してしまった。鑑査者が誤りに気づき、患者様に渡す前に正しい薬剤を調剤し直した。	昼の時間で勤務薬剤師が交代で数人休憩に入っていた中、来局患者様が多くなり、繁忙になった。繁忙の中、慣れと慢心もあったのか、処方内容を詳細まで確認せずに薬剤を調剤してしまった。	薬局内でそのような事例があったことを周知させ、薬剤の配置を変更した。勤務薬剤師が数人昼休憩に入った時間帯に繁忙になった時は、必要に応じて休憩に入った勤務薬剤師に一時的に応援を依頼し、昼休憩を一時中断してもらう。昼休憩の続きは繁忙時間帯終了後にとってもらう。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
312	男性、7歳。インフルエンザ陽性で受診。インフルエンザ陽性なのに、抗生剤であるクラリスドライシロップ10%小児用100mg処方あり。医師へ疑義照会。クラリチンドライシロップ1%の間違い。	クラリスドライシロップとクラリチンドラシロップの類似薬品名のため今回のような事例。インフルエンザ陽性であったため、抗生剤処方に疑問が生じ今回、投薬前に気づけた。	患者の病態などを把握し、処方薬の必要性の検討。			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
313	レルベア200定期服用の患者が臨時で処方箋を持ち込んだがテリルジー200のところレルベア200で調剤・説明を実施。患者とのかみ合わない話を聞いていた別の薬剤師が処方箋確認しテリルジーであることに気付いた。	単剤で処方されており常連の患者であり使用薬剤も使用薬剤も把握しており慢心・思い込みがあった。	単剤であり、監査手順を省略してしまっていた。手順を遵守するよう徹底します。	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
314	他院より転院し、初めて当薬局を利用された患者。処方箋上にテプレノン細粒１０％　３ｇと記載があったが、３包と誤認し、０．５ｇ分包品を調剤・交付してしまった事例。	添付文書上では通常成人、細粒１．５ｇ（テプレノンとして１５０ｍｇ）を１日３回に分けて食後に経口投与するとあるため、３ｇで処方されることを想定できていなかった。	正しく処方箋に記載された用法用量を確認し、疑義がある場合は処方元医療機関への照会を徹底する。			テプレノン細粒１０％「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	一般名処方でフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻５０μｇ５６噴霧のところをフルチカゾンフランカルボン酸エステル２７．５μｇ５６噴霧で調剤していた。監査時に気づき調剤修正。	一般名処方記載の類似名称による読み間違い	入力者・調剤者・監査者をきちんと分けて業務を行えば間違いのリスクは下がる	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
316	メトトレキサートカプセルを合計32カプセルお渡しするところを監査時に不足だと勘違いし3カプセル追加し合計35カプセルお渡ししてしまった。	服用する日付と曜日を記載しなければならず患者さんを待たせてはならないとの焦りがあった。調剤されたものの計数があっているか確認してから記入すればよかったが、記入しながら数を数えてしまった。	監査時に薬品名、数量があっているかを確認してから日付の記入を行う。おかしいと思ったときは他の薬剤師にも確認してもらう。			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	
317	薬剤ピッキング時にアルミ放送の中に１４カプセルしか入ってないが、２８かプセル入っているものと勘違いして交付数量を誤って渡しそうになった。	１４入り、２８入り、２１入りと包装は様々。中が見えない上に数が大きくかかれていなかったので誤認に至った	複数名で確認する監査の徹底を行う			エスエーワン配合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	レボセチリジン５ｍｇを処方するところを間違ってシダキュア5000ＪＡＵを投薬した。薬局が繁忙のため薬剤師２人で対応していたが投薬待ちの患者が多く焦ったこと、お薬の外観が似ていたことで処方の監査が十分に出来ずに投薬した。今月患者が来局時に本人からお薬の間違いを指摘され発覚。患者がお薬の間違いに気が付き服用せずにいたので重複などもなく健康被害もなく済んだ。	患者の投薬待ちの人数が多くなり早く投薬しようと思い、焦りもあり、相手の薬剤師も投薬に出ていたため１人監査になり薬の出し間違いを防ぐ事が出来なかった。	繁忙時であっても投薬前には他の薬剤医師の目で監査をしてから投薬に出る、投薬の時も薬袋、お薬など最終監査のつもりで投薬する事を徹底する。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」	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
319	一般名処方イブプロフェン錠200ｍｇを一般名イフェンプロジル錠20ｍｇと入力し、イフェンプロジル錠「サワイ」を選択。薬剤師が処方鑑査の際、入力誤りを発見。	知識不足、経験不足。	今回事例のように前2文字で判断しないよう注意。	ブルフェン錠２００	イフェンプロジル酒石酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	シロドシンが処方されていたが薬剤名が類似しているシロスタゾールを調剤してしまい、交付時に患者が発見した。	発生時は薬剤師1名、事務員1名の体制だったため、監査作業がおろそかになっていた。	今回の事例をあげ、類似している薬剤は特に気をつけるようスタッフ間で共有した。	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	錠剤カセッターからデカドロンをピッキングするところ、デキストロメトルファンを取った。	確認不足、注意不足、焦り	落ち着いて、確認の徹底	デカドロン錠０．５ｍｇ	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
322	トロピカミド点眼の棚への補充の際、外観の類似したサンベタゾン点眼を補充してしまっていた。調剤時、監査機器では棚のバーコードを読み込んでいたため反応しなかった。監査時に目視で取り違えが発覚した。	慣れでよく確認せずに補充してしまっていた。	バーコードを読み込む際は現物のものを読むようにする。監査機器のみではなく、目視でしっかり確認する。	トロピカミド点眼液０．４％「日点」	サンベタゾン眼耳鼻科用液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	ジエノゲスト０．５ｍｇの処方が出たが、前回まで１ｍｇの処方であったため、減量となっていることに最初気づかずにレセコンに入力。鑑査時に減量となっていることに気づき、０．５ｍｇに入力を直して、正しい薬剤で交付。	０．５ｍｇ錠が薬局に採用がなく、前回同様の１ｍｇであると思い込んでレセコンに入力してしまった。	入力時、調剤時に自己鑑査を徹底する。思い込みでの調剤、入力をしない。	ジエノゲスト錠０．５ｍｇ「モチダ」	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
324	ロサルヒド配合錠HDは2社在庫があり、サワイ製薬品と、第一三共エスファ品があり間違えて渡した。	ジェネリック品の出荷調整の影響で同一成分品を３剤在庫しなければならない状況にあり、現場は混乱している。	間違いを防ぐためにレセコン入力者と調剤担当者、監査者、投薬者が連携を取り、未然に防止しなければならない。			ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	在宅患者で調剤し施設に持っていく患者様で調剤時、同じトレイにいれてあったフェロミア顆粒を間違って調剤し、きずかずに監査し、施設に持って行った。施設内の看護師がきずき連絡を受け、調剤ミスにきがついた。	同じトレイにいれず別々にし、注意を促した。	監査時ももう一度確認する。散剤監査器をおくことにしました。	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	フェロミア顆粒８．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	アストミン錠が６０日分処方されており、慢性的な咳か確認したところ、「そうだ」との答え。そのまま交付した。クリニックの処方間違いで正しくはストミンA配合錠だった。	久しぶりの来局。服用中の薬とのこと。話ずらい雰囲気。咳止めが６０日分処方だったが疑義照会せずに交付した。患者帰宅後クリニックより連絡あり、処方間違いに気づく。服用前に薬を交換した。	不審に思ったらクリニックに確認する。聞き取りにくい患者かもしれないので、ゆっくり大きな声で話す。	アストミン錠１０ｍｇ	ストミンＡ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
327	1/17に処方がでて当薬局で調剤したが、調剤後の自動鑑査機に通したところ、イフェンプロジル20mgが入っていなければいけないところ、異なる薬剤のチクロピジンが1錠入っていた。自動鑑査機のため錠剤の型番、大きさなどでエラーとなり発覚。両者を比較すると大きさは異なるが両者の錠剤の刻印が類似していた。また、イフェンプロジルは自動分包機にカセットをもうけておらず、手巻きで巻いて分包していたが、手巻きしたものの中に間違った薬剤のチクロピジンが入っていたことが判明。調剤後の鑑査時に間違いを発見したためすぐに訂正処理を行い、患者への交付は正しくできている。	手巻き錠は通常、ヒートをとりそこから直接バラして手巻きしているが、たまたま以前にばらしたものを2錠、再利用できるように戻していた錠剤を今回使用しており、そのうちの1錠が間違っていたことが明確である。結局は再利用のため戻した錠剤の1錠が、異なる錠剤であるのに誤って異なる薬剤として戻してしまっていたということであり、要因は戻す際の錠剤のダブルチェックができていない（もしくはしていない）ことと考えられる	錠剤をばらして再利用のため戻す行為をするときは、たとえ錠剤が1錠であっても必ず薬剤師2人でダブルチェックして戻すことを徹底する	イフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	チクロピジン塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	タプロス点眼液を調剤するところを、タプコム配合点眼液でピッキングした。	名前の類似、薬品棚がそれぞれ近傍にあった。	薬品名の強調表示、薬品棚の配置を離した。	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
329	(般)ラベプラゾール10ｍｇで処方されており、前回DOで入力したら「ニプロ」だったが、当局の物はすでに「トーワ」に変更していた。アテルノ監査器で入力と調剤したメーカーが違うことが発覚した。	全国的な供給不足で「ニプロ」が入ってこないので当局では「トーワ」に変更していたが、入力時に前回処方を引っ張ってきたために旧い「ニプロ」が入力されていた。1人入力、1人調剤をしていた。	アテルノ監査器を必ず使うこと。ピック時にメーカーまで確認すること。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	先発品を希望の方へ後発品を交付してしまう	混雑	確認を怠らない			セレコックス錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
331	１月２７日、エソメプラゾールが10ｍｇから20ｍｇに増量になった。 薬は処方箋通りに投薬したのだが、前回Ｄｏ処方と思って投薬したため、患者へ増量の旨の説明を行わなかった。投薬時に、前回と同じお薬でよかったですか？と確認したが、患者からも変更の申し出がなく、そのまま交付した。（交付者） レセコン入力も前回Ｄｏ（エソメプラゾール10ｍｇ）で入力していた為、お会計とお薬手帳の記載、薬袋の記載はエソメプラゾール10ｍｇで交付していた。（入力者）	（入力）レセコン入力時の不注意。規格確認が漏れていた。（交付者）前回薬歴と処方内容の確認が甘かった。	薬袋に、薬剤の写真が掲載されるので、実薬と薬袋写真に違いがないか確認を徹底する。レセコン入力時に変更した薬剤は、処方箋のコピーに記載する。	エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「サワイ」	エソメプラゾールカプセル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
332	一般名称：フルスルチアミン50ｍｇ　B2B6B12配合カプセル　に対してそれまではビタノイリンカプセル50を調剤していたが、10/5にビタノイリンではなくフルスルチアミン錠25ｍｇで入力されてしまいフルスルチアミン錠25ｍｇで出してしまった。以降11/6、12/7、1/4の処方においてもそのままフルスルチアミン錠25ｍｇで出してしまった。	処方せんの一般名処方を見てピッキングした際に規格を確認せず「フルスルチアミン」という名前の薬を集めてしまったのではないかと思われる。レセコン入力者は前回までビタノイリンカプセルだったので気付くべきであったが、仕事にまだ未熟なため自信が持てず集められたフルスルチアミン錠25ｍｇが正しいものだと思い訂正を行ったのではないかと思われる。入力が完了してしまうと監査システムも通過してしまうこともあり以降も気づけずにいた。2/1に別のレセコン入力者が違いに気付き発覚した。患者は渡されたとおりに服用していたが健康上不都合なことはなかった。	何か違いに気付いたときは一人で納得してしまうのではなくて、誰かに確認する。	ビタノイリンカプセル５０	フルスルチアミン錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	モーラステープが処方された患者様　貼付場所をお聞きすると手首とのこと　日光に当たるとかぶれる恐れが強いため医師に疑義照会　ロキソニンテープに変更になった	医師が貼付場所を確認していなかった　もしくはケトプロフェンの日光かぶれの認識がなかった	かならず直接患者様のお話を聞く			モーラステープ２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
334	当該薬剤を一包化するさいに、アリピプラゾール錠３ｍｇ「サワイ」で調剤してしまった。一包化するため、監査システムでのバーコード読み取りをしていなかった。	名称、メーカーが同一で混同しやすかった。	一包化前に、監査システムにて、バーコード読み取りを行う。	アマルエット配合錠３番「サワイ」	アリピプラゾール錠３ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	定期の患者。アレロック顆粒0.5％を1日2ｇ朝夕食後の処方。分包品を採用しており1回2包で服用するところ、薬袋と薬剤情報提供書に1包と記載があった。投薬時に発覚し、訂正を行った。	印刷された薬袋と薬剤情報提供書の確認不足であった。薬剤の規格がバラで登録されていたため用量に応じて包数が反映されていなかった。	薬袋、薬剤情報提供書の監査まで徹底する。レセプトコンピューターの設定を変更する。			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
336	ランソプラゾール15で入力しないといけないところを30で入力	患者に薬剤交付後、裏打ちのチェック中に入力間違いに気が付いた。入力訂正後差額を返金して対応しました	入力監査の徹底			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
337	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ　56噴霧用の処方に対してフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ　56噴霧用を交付してしまった。１か月後、本人が受診の際に来局し前回の点鼻薬が違うものが来ていたがこれでよいのか確認があったときに発覚した。幸いにも使用せずもともとある残薬を使用していた。今回正しいものと交換した。	普段は本人が薬を取りに来るが、この日は家族が頼まれてとりにきている。そのため投薬時の説明時には間違いとは気づかないことも要因ではあった。薬の名前が類似していることも間違いの要因とも考えられる。	似たような名前の時はしっかりと細部まで確認し調剤　交付するように心がける。また間違えやすい名前の薬の時はチェックし誰でも気づくように配慮し調剤する。	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	
338	カロナール細粒20%が処方　カロナール細粒50%で秤量しており監査時に発覚	調剤時の監査不十分	監査体制の強化			カロナール細粒２０％ カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	ベタメタゾン吉草酸エステル（リンデロン）が処方されているところをベタメタゾン酪酸エステル（アンテベート）で処方しそうになった	計量混合後事務員が薬のガラを確認したところ間違いに気づき廃棄処分しました	調剤後のガラもきちんと確認する			アンテベート軟膏０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	該当患者の予製を作成中にネキシウムカプセル20mgを調剤しようとした際に、在庫管理システム上は在庫があるにもかかわらず薬剤棚のネキシウムが不足していた。薬局内を探したところエソメプラゾールカプセル20mg「ニプロ」の薬剤カセットの中にネキシウムカプセル20mgが入っていることが判明した。	薬剤の外観がかなり類似しており、納品後に誤って薬剤カセットにしまったものと思われる。	情報の共有・周知させる。			ネキシウムカプセル２０ｍｇ 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
341	お薬の調整時にエナラプリル錠5ｍｇ「日新」の棚にオルメサルタンOD錠20ｍｇ「DSEP」が混入していることに気づいた。	充填機器の使用不備、外箱の色が似ている	必ず、充填機器を使用するか、ダブルチェック実施			エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「日新」 オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	フスコデ配合シロップが処方された。成人量に処方されていた。年齢によって量が異なる薬です。年齢確認を行わないで、成人量の量でお渡ししてしまった。薬歴記載中に気が付き、疑義照会後、新しい量に作り直し、患者さんにお渡しした。	知識不足だった	年齢の確認年齢によって量が変化する薬を把握する。今回間違えた薬の周囲に、成人量と小児量を記載した紙を貼る。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
343	1/9、ツムラ五淋散が20日分処方された患者に、薬剤師が誤って五苓散を交付してしまった。当該の患者は高齢者施設に入所されており、後日1/24に施設の看護師が間違った薬剤が交付されているのを発見し、薬局に連絡があったことで調剤過誤が発覚した。誤って交付された五苓散は7日分服用してしまっていた。直ちに医師に調剤過誤を報告した。特別体調変化等がなかったことを伝え、経過観察でよいと医師から指示を受けた。	当該の時間帯は繁忙であり、3名の薬剤師のうち1名が在宅訪問により不在で、もう1名は外来の対応をしており、薬剤師1名で調剤と監査を行ってしまったことが原因と考えられる。	計数調剤の際、処方箋と薬品名を声出しにて確認することを徹底する。また繁忙であっても必ず2名体制で調剤、監査する者を分けることを徹底する。	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
344	広域医院よりの処方箋で非在庫品の初の処方内容。平素婦人科処方はごく稀である。一般名記載で「エストラジオール錠0.5mg」の記載あり。非在庫にて該当品を発注オーダー時に発注時間の締め切り間際であり、一般名類似の「エストリール錠0.5mg（一般名；エストリオール錠0.5mg）」と勘違いし、オーダーしてしまう。レセコン入力時の一般名から商品名への変換入力時に在庫品の間違いが発覚。	非在庫の発注時の時間切迫でのオーダー・準備ミス。平素取り扱いのない領域薬剤の判断ミス。	一般名からのオーダーも可能であり、より一層注意して発注オーダーを行う。	エストラジオール錠０．５ｍｇ「Ｆ」	エストリール錠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
345	ピッキング間違い	思い込みによる確認不足	ピッキング語の再確認	フルティフォーム１２５エアゾール５６吸入用	オルベスコ２００μｇインヘラー５６吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
346	一般名で【般】フェルビナク外用液3%の記載があったところ【般】フェルビナク軟膏3%で入力し、フェルビナクスチック軟膏で患者様に渡してしまい、後日の処方箋のチェック中に発覚し、ナパゲルンローションへ交換を行った。	入力時、処方箋にはQRコードの印字があったものの、処方箋送信システムで送られたものを受け付けたため、画質の関係でQRコードによる入力が行えず、手動で一般名および製品を選択する状況であった。また、フェルビナクスチック軟膏には推奨品のマークや色がついていて選択画面で目立つ状態であり、対してナパゲルンローションは目立たない状態だったため、ついフェルビナクスチック軟膏を選択してしまったものと考えられる。監査時も剤形や量の違いに気づかず、そのまま投薬してしまった。	フェルビナクスチック軟膏およびナパケルンローションの薬品マスタの局内名称に（一般名剤形注意）という文言を付けた。また別の外用薬でも、投薬前には気づいたものの同様の間違いが数回あったため、剤形までしっかり監査するよう局内へ注意喚起を行った。	ナパゲルンローション３％	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
347	ツムラ小青竜湯のところ、ツムラ小建中湯が投薬された。家族がすぐに気づき、未然に交換。その患者様の処方で、別件で照会事項あり、混乱していたため監査をせずに一人で調剤監査投薬したため。また当薬局に入ったばかりで慣れていなかったこともあり慌てた。	第三者が確認は義務付けているが、慌てて一人で対処した。	どんなに混んでいても、第三者に確認してもらうよう更に義務付ける。			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
348	ツムラ半夏厚朴湯の記載がある処方箋を、調製者が誤ってツムラ半夏瀉心湯で調剤した。投薬の際に交付者が気付いた。	繁忙時であり半夏瀉心湯の方が調剤頻度が高いため、処方箋を熟読せずに思い込みで調剤したものと考えられる。	薬品棚に「類似名称注意」の張り紙を張り注意喚起を行った。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
349	膝の痛みとアキレス腱の痛みで通院中。継続的に来局される方で薬もDo処方。柴苓湯が１日２回21日分処方されていた。７日分の束で３束投薬した。２日後当事者の薬剤師が柴苓湯の棚に抑肝散だ入っている事に気づき在庫を確認して間違いに気づいた。直ぐに患者さんに連絡をとり確認に自宅を訪問し交換した。残薬がありまだ服用していなかった。	抑肝散を柴苓湯の棚に入れ間違えたのがいつかは不明。帯の色が同じで外見がよく似ていて間違えに気付かなかった。投薬時薬局も混雑していて確認を怠っていたと考えられる。当日薬剤師が一人だった事も要因と思われる。	通常している事を忙しさから怠った事、もう一度棚と薬を確認してかたずける事、改めて周知した。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（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
350	ビオフェルミン散剤の処方をビオフェルミン配合散と勘違いして調剤。処方開始3ヵ月後に気付き医師へ報告。医師もビオフェルミン散とビオフェルミン配合散の両方が存在していることを把握しておらず、結果ビオフェルミン配合散の処方へ変更となった。	当薬局にビオフェルミン配合散しか在庫がなく、ビオフェルミン散剤が存在していること薬剤師が認識していいなかった。FAXで届いた処方せんだったため二次元バーコードを読み取り出来ず、事務は手入力していた。事務も入力時にビオフェルミン配合散とビオフェルミン散剤が違う薬品である認識がなく、在庫のあるビオフェルミン配合散を選択していた。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミン散剤の違う成分であることを周知徹底した。	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
351	老健施設の一包化調剤の際、リスペリドンＯＤ錠０．５ｍｇを使うべきところをグリメピリドＯＤ錠０．５ｍｇ「日医工」を使って調剤してしまった。一包化監査の際に薬局長が発見。施設へ配達前のヒヤリハットだった。	他店からのヘルプ薬剤師が一包化を担当していた。ベテラン薬剤師だったのだが、慢心したのか確認が疎かになっていたようだ。	ピッキングは必ず所属の薬剤師が行うようにした。	リスペリドンＯＤ錠０．５ｍｇ「サワイ」	グリメピリドＯＤ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	
352	定期薬６３日分の処方箋を応需。一包化希望のため、一包化調剤を実施した。処方にはワーファリン錠１ｍｇが含まれており、ワーファリン錠１ｍｇは分包機に専用のカセットがなく、ワーファリン錠１ｍｇをＰＴＰシートから取り出し、フリーカセットにセットして分包する形式だった。分包自体はエラーなく完了した。調剤者は分包された各袋の数を確認して監査にまわした。監査の際に監査者が空となったワーファリン錠１ｍｇのＰＴＰシートを確認したところ、１０錠シート×１８枚と４錠、５錠に切られたシートのうち、５錠に切られたシートが処方されていないロスーゼット配合錠ＨＤのシートであることを発見した。実際に分包されたものを確認したところ、ワーファリン錠１ｍｇが分包されるところにロスーゼット配合錠ＨＤが分包されているものがあった。ロスーゼット配合錠ＨＤ５錠分を回収し、改めて処方通りのワーファリン錠１ｍｇを一包化した。	ワーファリン錠１ｍｇとロスーゼット配合錠ＨＤのＰＴＰシートの外観が似通っていることが要因として考えられる。どちらも表側は赤いフィルムで加工されている。裏面の印字は異なってはいるが、どちらも黒と水色を使用しているため、切断されたＰＴＰシートを少しみただけでは見間違えた可能性がある。また、当薬局では、ワーファリン錠１ｍｇとロスーゼット配合錠ＨＤが保管されている調剤棚が同じ列に他の薬剤を挟んで上下に配置されていることも要因として考えられる。調剤者はワーファリン錠１ｍｇの棚から全量ピッキングしたとのことであるから、ロスーゼット配合錠ＨＤが何らかの理由で棚に戻された際に誤ってワーファリン錠１ｍｇの棚に戻されてしまった可能性がある。	ピッキングの際、同じ棚から取り出した薬剤であっても、処方された薬剤がそろっているかを確認する。また、医薬品を保管場所に戻す場合、監査システムあるいは人によるダブルチェックを実施する。	ワーファリン錠１ｍｇ	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
353	一般名）エスタゾラム錠２ｍｇの処方に一部　名称が類似し、ｍｇ数が同じエスゾピクロン錠２ｍｇを調剤投薬する薬剤師は監査時に見落としていたが、別の薬剤師が、念のため監査した際、普段と異なる薬剤であるため、取り違えに気づき、患者に交付する前に対処はできた。	エスと２ｍｇが印象に残ると、薬局内で使用頻度の多いエスゾピクロン錠２ｍｇの方を集めてしまう傾向がある。調剤者の知識不足、注意力の欠如、エスタゾラムという薬剤の認識不足。	別の調剤者も同様の取り違えを起こす傾向にあるため、知識、注意力を高める必要あり。対象患者の薬歴の注意事項に記録し、起こりやすい取り違えを防いでいく。薬局内での事例の周知。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
354	該当患者にカルボシステイン250ｍｇ「トーワ」6錠分３毎食後14日分処方されており、調剤者が調剤して監査に回した。監査者が確認すると1シートはクラリスロマイシン200ｍｇ「トーワ」であり、全く別の薬が混在していた。	外観が似ているため薬の戻し間違えがあり、調剤者もしっかしシートを確認せずそのまま調剤。トレーに入っているものは間違えないという思い込みもあった。	薬を戻す際は2名で確認して戻す。また、トレーの名称だけを見ての調剤をせず、必ず現物を確認して間違えないことをよくみてから調剤する。			クラリスロマイシン錠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
355	処方せんはジクアスLXだが、うっかりジクアスを調剤・監査してお渡ししてしまった。幸い患者様はまだ手を付けておらず、こちらで気づいて変更させていただいた。	注意不足によるもの。	監査システムを有効に利用する	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
356	30錠必要なところ、22錠だけ渡しそうになってしまった。投薬時患者様の指摘により発覚。正しい錠数を調剤しなおし、謝罪してお渡しした。	シートの外観が14錠シートに酷似しており、スタッフ全員が14錠シートであると思い込んでいた。	・計数鑑査はシートの外観だけで判断せず、錠剤を見て鑑査することを徹底する。・緊急ミーティングを実施し個別の事案をスタッフ間で共有。同じ薬品の処方が出た際は特に注意するよう認識を共有した。			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
357	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%が処方されていたが、調剤する際分包紙の薬品名の印字をセフジニルと記載した。監査時に発見し分包しなおした。	薬品名が似ている為、PCが予測でセフジニルを候補に挙げてきて、気付かず入力した。	薬品名の印字で、PCが予測で候補を挙げてきても、候補機能は使わず手入力する。			セフジトレンピボキシル小児用細粒１０％「ＳＷ」 セフジニル細粒小児用１０％「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
358	トランドプリルが入荷せず、不足分を後日届ける予定で、予定していたん入荷日にドキサゾシンがたまたま入荷して、慌てて、違う薬を届けた。その後、トランドプリルが入荷したとき、間違いに気づいた。服用前だった。	未入荷の薬品が多くなってきたおり、通常とは違う業務の時は、細心の注意が必要	後日届けるお薬に関しても、ダブルチェックの徹底	トランドラプリル錠０．５ｍｇ「サワイ」	ドキサゾシン錠０．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
359	メトトレキサートカプセルが良く出る店舗で、今回メトトレキサート錠が処方された。事務員がいつもどおりメトトレキサートカプセルだと思い込みピッキングしたが、PDAではじかれたため、近くにいた薬剤師がメトトレキサート錠の方だと指摘。メトトレキサート錠をピッキングしたが、カプセルの方は４Ｃで１シートなのに対し、錠剤の方は６錠で１シートであったが、事務員は錠剤の方も４錠で１シートだと思い込み、本来６錠×４シートでピッキングするところ、６錠×６シートでピッキングし、監査者も慣れない応援の薬剤師だったため、気が付かず、そのままお渡ししてしまった。	メトトレキサートは1シートあたりの数が複数あり、良く出るものが４Ｃだったので、その数で思い込んでしまった。事務員も異動してから２ヶ月ほどで、監査者も応援者なので、だれも気が付かず交付まで至ってしまった。	事務員には規格が多数あるものはより注意してピッキングを行う事、残数がPDAで表示されるので、残数も必ず確認するようにお伝えした。薬剤師には応援先の店舗ではより慎重に監査をするようにお伝えした。			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
360	先発品とAG医薬品を撮り間違えて患者様に渡してしまった。	ピッキング、鑑査は別のものだったが見落としてしまいました。AGを使っているためシートの色やデザインが酷似している。	医薬品の名称を再確認し鑑査をする。ピッキング、鑑査は必ず別のものが行う。			オルメサルタンOD40「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	7才小児に対して、咳止めであるアスベリン散10%1ｇの処方。ドーズオーバーにより疑義照会	アスベリンDS2%1ｇの医療機関の入力誤り。疑義照会によりドライシロップで交付。	特になし			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	処方箋内に手書きで「クロベタゾン」とわかりにくく記載。それを「クロベタゾール」だと思い込み、入力と調剤を一緒に行った。プラスチベースと混合。後日、調剤録の確認時に発覚。謝罪して交換。1度使用したが特に問題はなかったとの事。	クロベタゾンとクロベタゾールの名称が似ている事、手書きのため左記のようにしか記載していなかったこと、またそれを良く見ずに調剤してしまったことが挙げられる。	今後はこの薬剤に関しては徹底的に最後まで確認、スタッフにも注意喚起を行う。また手書きの処方箋はよく確認して、見づらいものがあれば積極的に疑義照会をかける事とする。	キンダベート軟膏０．０５％	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
363	リベルサス錠ｍｇの所、14ｍｇで入力。	調剤過誤システムの運用の徹底。	指差し確認の徹底	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
364	患者が立て込んでいて、レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」1/2錠での処方が出たとき、普段はエバステル錠10mg1/2錠が多くエバステル錠10mgと思い込んで1/2錠で分包。見た目は変わらず監査時もエバステル錠10mgと思い込み通過。投薬時に患者の顔を見て、この方はレボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ1/2錠と思い出し作り直した。	患者が多く立て込んでいた事と、普段エバステル錠10mgの1/2錠がほとんどで思い込んでしまった。	エバステル錠10mg：1/2錠をエバステル錠5mg：1錠へ変更してもらうことを病院に申し入れたが、処方発行時に事務員の入力間違いを起こす可能性があるとの事で却下された。よって滅多に出ない薬の1/2錠の患者の薬歴に「薬の確認すること」を記載。薬局全員で情報の共有。分包機に分包前後のヒートの再確認をわかりやすい所に貼付した。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」	エバステル錠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
365	一包化薬の処方がキャンセルになり、薬剤師Ａはピタバスタチン２ｍｇのバラ錠をチャック袋に入れて袋に薬剤名を記載したが、誤ってピタバスタチン１ｍｇの箱に括り付けてしまった。後日、ピタバスタチン１ｍｇの一包化調剤時に、事務員がピタバスタチン１ｍｇの箱を調剤籠に取りそろえた。薬剤師Ｂが監査システムを使用してＧＳ１コードを読み取り一包化調剤し、分包後の監査も行って、監査を通ってしまったが、中身はピタバスタチン２ｍｇ錠だった。薬剤師Ａは、ピタバスタチン１ｍｇの処方が入っているのに、ピタバスタチン２ｍｇのバラ錠が棚から減っていることに気が付き、監査後の薬剤をチェックしてミスに気が付いた。	薬剤師Aはピタバスタチン錠２ｍｇに「ピタバ２」と刻印されているので、バラ錠を誤って１ｍｇの箱につけても、その後のミスにつながるという認識に欠けていて、帰宅間際の慌てた状態で、箱に括り付けをしてしまった。しかし、他のスタッフは、錠剤の刻印は見ていなかった。	ＧＳ１コードでのチェックをするからには、正しくコード付けをする必要がある。戻り品をしまう際には、正しいコードを剥がれないように、つけておくようにする。			ピタバスタチンＣａ錠２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	ツムラ小青竜湯とツムラ麦門冬湯の一部を間違えた	前回間違えて取り出したとき仕舞うのを間違えたと思う。帯の色が〃ピンクなので間違えたと思いう。	漢方薬の束も一つ一つ確認する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
367	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒の処方に対し、類似名称薬のツムラ抑肝散エキス顆粒を交付。患者様の入居施設職員より、服薬前に指摘があり、交換および謝罪。調剤者以外に複数名で鑑査する薬局内調剤ルールを順守せず、調剤者１名鑑査者１名で交付した。繁忙日で他の薬剤師は窓口投薬中であったことを理由に調剤者の独断でルールを順守しなかった。	繁忙日、焦りを理由に、独断で薬局内調剤ルールを順守しなかった。	薬局内調剤ルールは、どのような状況下であっても順守する。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	患者様がモキシフロキサシン・ベストロン点眼・ミドリンP点眼・アトロピン点眼の処方の処方箋を持参。薬品名が類似しているミドリンM点眼をピッキングしてしまい、監査する薬剤師の監査見落としでミドリンM 点眼をお渡し。その後患者様が入院する際に入院先病院の薬剤師が持参薬と処方薬の違いを発見し、患者様には間違えてお渡ししていたことをご連絡した。健康被害は見当たらなかった。	混雑している時間帯であったことと、ピッキングしているものへの過信があった。またベストロン点眼の溶解の有無の確認などに気が取られていた	ダブルチェックの徹底	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
369	一般名処方でプロプラノロール１０ｍｇをメトプロロール２０ｍｇで調剤した。薬品名が類似しているとのことで調剤間違い。監査時に発見した。	片頭痛予防薬としてプロプラノロール１０ｍｇ処方。当薬局ではメトプロロール２０ｍｇの処方量も多く、薬剤名が類似し、調剤間違い。	薬品名類似のものにはチェックをつけて注意喚起する。調剤間違いが多いものには薬品棚に注意喚起のシールを貼る。	プロプラノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「日医工」	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
370	エクラーローション0.3%が処方されており、調剤者が外観の類似しているケトコナゾールローションを調剤。その後、鑑査の際も気付かずに患者へ交付。交付後に誤りに気付き、患者へ連絡し薬剤の回収を行った。患者は薬剤使用前であった。	外観の類似、同一重量であったため誤って鑑査、交付してしまった。	外観の類似している薬剤に関して、調剤棚に注意書き等の対策を行う。また鑑査時に忙しくても慌てないよう周知徹底を行う。	エクラーローション０．３％	ケトコナゾールローション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	
371	ベオーバ錠50ｍｇが処方されているにもかかわらずベタニスが頭に浮かんで50ｍｇと25ｍｇの確認に気がとられた。ベタニス城50ｍｇを一包化して調剤した。監査時に間違いに気づいたため過誤調剤は免れました。	普段からベタニス錠の50ｍｇと25ｍｇの取り間違いがないように気を使っておりました。同効薬のベオーバ錠50ｍｇの「50ｍｇ」に気が行ってしまった。	監査に薬剤情報の写真を見て過誤に気づいた。			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
372	透析患者でいつも利用されている患者様が今回炭酸カルシウム（カルタン）ではなく初めて炭酸水素ナトリウムの錠剤が処方された。炭酸水素ナトリウム錠は薬局に在庫してないが調剤ではカルタンを集めてしまった。処方箋監査時他の薬剤師から指摘され過誤が発覚、患者様に届く前で薬は変更できた。	一般名処方の為見間違えてしまった、特に経験が浅い薬剤師の為いつも扱っている薬だと勘違いしてしまったことも考えられる。	処方箋を必ず持って調剤を行うこと、集めたものは再度処方箋と照らし合わせて確認を行ってから監査台に置くように薬局内で指示、伝達を行った。面で受けている薬局の為処方箋方式、一般名、ジェネリック、先発品が病院によって異なり、ジェネリック不可のチェック入りの処方箋も多いため確認事項が多い、必ず最初に立ち止まってしっかり処方箋、薬歴の確認を行ってから調剤、監査、投薬を行うように改めて薬局内で確認を行いました。さらに一人で気づかないこともある為複数人の薬剤師が気付いたことをその場で言い合える環境作りが必要だと考え、責任者を中心に呼びかけを行うように改善した。	カルタン錠５００	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
373	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」１回２錠の患者様に１回１錠で渡してしまった。患者様が帰宅後いつもより数が少ないことに気づき電話連絡して発覚。他３種類同用法で朝食後であった、全４種類のうち１種類だけ１回２錠だったがピッキングした事務員は他の薬と同様３０日分３０錠と思いこんだ。監査した薬剤師も同様６０錠ではなく３０錠と認識してお渡ししてしまった。	ルールの不履行によって起こった。通常投薬時に1回容量の確認を患者に確認してお渡しするが、前回Ｄｏだったため種類の確認だけ行っていた。繁忙であったため、ルールの履行を怠った。	ルール履行の徹底。事例のスタッフ共有。レセコン会社に1回１錠以外の数字のフォントを太字などに変えられるか提案。			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
374	エクメットHDとLDの取り違え	錠剤棚が上下で近かった。	指さし呼称			エクメット	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
375	ツムラ五苓散エキス顆粒　7.5g　毎食前60日分の処方のところ、五苓散18日分（54包）と八味地黄丸44日分（126包）を混在させて、調剤、投薬した。患者さんは、八味地黄丸を3包服用したところで、誤薬に気付き、残薬を薬局に持参した。	投薬監査時、監査機で五苓散のバーコードを読み、全量を計量したが、合致してしまった為、スルーした。監査者が、漢方薬が混在している場合があるとの疑いを持っていなかった。	漢方薬は、束ごとに製剤をチェックしてから、監査機を通すことを徹底することにした。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	一般名でフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ56吸入用が処方されたが、フルチカゾンフランカルボン酸点鼻液27.5μｇ56吸入用で調剤してしまった。	まだ働き始めて1カ月の為、知識不足によるもの。	一般名は最後まで確認することと、規格等もしっかり確認することを徹底する。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「杏林」２８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「トーワ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」のところメトクロプラミド錠５ｍｇ「タカタ」をピッキング	メトクロプラミドが処方されていると処方箋を見間違えた	薬剤名、規格までよく見てピッキングします。	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
378	ノボラピッド50ミックス注カートのボックスに、フィアスプ注ペンフィルが1本、誤って戻されており、調整者が気が付かずに、ノボラピッド50ミックス注カート3本のところ、ノボラピッド50ミックス注カート2本と、フィアスプ注ペンフィル1本を調剤した。監査者が発見し、交付前に修正を行った。	フィアスプ注を箱から出して、1本のみ取り出し、残り1本を戻すときに、過てノボラピッド50ミックス注カートのボックスに戻してしまった。	戻しの際には、必ず２者で相互確認をして戻す。	ヒューマログミックス５０注カート	フィアスプ注　ペンフィル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	貧血の患者様にフェロベリンが処方されており疑義照会、フェロミアに変更になりました、新しいスタッフが入り誤ってフェロベリンのマスターを登録してしまい、医師が間違えてしまったとの事	いつもの病院からの処方でも新規スタッフの加入等で思わぬ間違えが起こる時があります	投薬時、特に新しい薬剤が出た場合には必ず患者様に症状を確認する	フェロミア錠５０ｍｇ	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
380	他院から門前医療機関へ転院患者様の初回処方箋受付。患者様から処方内容は継続との事だったが持参したお薬手帳と規格違い（増量）で記載されていたため疑義照会。医師から指示があり服用中の規格に変更となった。	閉院後の受入医療機関が発行した処方箋の初回受付時は、それまで服用していた薬の継続なのか又は変更なのか十分に注意が必要。患者様の手帳持参が重要。	患者様からの聞き取りやお薬手帳の確認、医療機関との連携を行う。お薬手帳活用や持参の大切さを日頃から患者様へ周知する。			リボバス錠２０ 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
381	【般】エリスロマイシン錠200ｍｇの処方において、エリスロマイシン錠200ｍｇで調剤しなければならないところ調剤者がエリスロシン錠200ｍｇで調剤可能と思い込み監査者がエリスロシン錠とエリスロマイシン錠とは別物と指摘し発覚	エリスロマイシンという一部分のみで判断したこと	エリスロシン錠の一般名はエリスロマイシンステアリン酸塩、エリスロマイシンの一般名はエリスロマイシンと異なることを調剤者へ説明した。効能効果にも違いがあることも伝えた。	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	エリスロシン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	アスベリン散10%1.2ｇ/日のところ、0.6ｇ/日で調剤、お渡ししてしまった。投薬後すぐに気づき患者に連絡。1.2ｇのものと差し替えることができた。	通常量が0.6ｇ/日であるため、1日量の確認不足。咳がひどく、1.2ｇで増量であったが気づくことができなかった。	病院の決まり処方を確認することなく調剤してしまったこと。イレギュラーな事例も考慮しながら、思い込みをなくし、調剤、監査に従事することを徹底する。			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
383	類似薬品の取り間違いをし、鑑査時も見落として投薬した。在庫確認時に気づいて、家族に連絡。まだ使用前だったため、処方薬と取り換えた。	名称類似品があるにも関わらず、配置や印など対策をしてなかったため、取り間違いし、鑑査時も繁忙で見落とした。	名称類似品薬があるものは、類似品があることが分かるように印などをつけて管理する。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	トスフロキサシントシル酸塩錠150mgが処方され、調剤しようとしたところ、トスフロキサシントシル酸塩錠150mgの棚にセフジトレンピボキシル錠100mgが入っており、間違えて調剤しそうになった。調剤しようとした薬剤師が気付き、患者への交付には至らなかった。	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」とセフジトレンピボキシル錠100mg「OK」の包装が類似しており、棚のラベルと薬の名称の確認を怠ったため、戻す際に棚を間違えたと考えられる。	棚に薬を戻す際のラベルとの照合を徹底する。また、包装が類似している薬について薬局内で情報を共有する。	トスフロキサシントシル酸塩錠７５ｍｇ「サワイ」	セフジトレン　ピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
385	ザジテンDSを含む処方を受け付け。初回問診によりイーケプラの併用薬を確認、患者家族への聞き取りでてんかんにて服用とのこと。ザジテンがてんかんに禁忌のため疑義をして処方削除となった。	処方薬以外へのチェック	病態への禁忌もチェックする。			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
386	イリボーOD2.5調剤のところ、誤ってベシケアOD2.5を患者の目の前に出したところ、前回と違うと言われ、間違いに気が付き変更した。	イリボーそのほかにも不足の薬剤の調達、粉の計量もあり、薬剤師、事務員一人ずつであり、監査も不十分であった。ベシケアをその前に調達しており、勘違いをした。ヒートも類似していたためか、ベシケアをてに取っていた。	監査を十分におこなってから、患者に確認をして頂く、基礎的なことに気を付ける。一人ずつ確実に落ち着いて調剤する	イリボーＯＤ錠２．５μｇ	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
387	ドンペリドン１０mgトーワを投薬するところを誤ってパルモディア0.1ｍｇをお渡ししてしまった。	いつもは4人いるところ、職員の体調不良と有給休暇にて当時職員が２人のみになってしまっていた。年末で忙しく、患者さんも多くなっていて慌ててしまった。ドンペリドン10mgトーワとパルモディア0.1mgが棚の隣同士になっていて、外観にしか目がいかなかったのかもしれない。	職員が休んでも足りるように人員確保を提案したい。忙しいときほど気をつけるようにしたい。名称だけでなく外観が似ている薬も離して置くようにした。	ドンペリドン錠１０ｍｇ「トーワ」	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
388	流通不良からノボラピッド注フレックスタッチからノボラピッド注フレックスペンに変更になっていたが、レセコン入力時ノボラピッド注フレックスタッチの入力になっていた	変更を確認していたが、他のことに気をとられ確認を怠った	入力の時の縦読み・横読みの実施遵守、監査機器をもれなく使用する。入力と処方せんの照合の実施など多方面から監査チェックを行う	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	薬剤師Aが調剤、薬剤師Bが監査、交付した薬剤師Bが監査時に気づかず先発医薬品希望の患者に後発医薬品を交付、患者自身が気づき　翌日持参された	患者メモ欄の見落としによるものと考えられる	薬剤師メモ欄、患者メモ欄を恒に見る様に心がける			ミカルディス錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
390	バルサルタン40mg処方の所80mgを投薬	代理の方なので、薬の確認が出来無かった。薬の規格の誤り再度の確認が大事。複数人で確認する。	処方入力は正しいので、薬袋・薬情を再度確認する			ハルサルタン錠80mgサワイ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	胃腸炎の疑いで受診した患者様。今回ナゼア処方されていたため、薬局薬剤師が抗がん剤治療の有無を患者に聞くと、患者は行っていないとのこと。疑義照会の結果、ナウゼリンの間違いと判明。	外来混雑による、医師の入力間違いとのこと。	ナゼアは適応が特殊であるため、今回事例に気づけていた。他の医薬品でも適応による用法などの確認は行うようにします。	ナゼアＯＤ錠０．１ｍｇ	ナウゼリンＯＤ錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	アロプリノール錠100mg「杏林」の棚に入っていたバラ（20錠）ずつ6袋ありそれを分包にて一包化を行おうとすると1袋だけカルベジロール錠20mg「DSEP」が20錠のみ入っており、間違って入れそうになった。	バラの袋には２０錠としか記載がなく、また白色と粒の大きさもほぼ同じだったため間違いそうになった。	薬剤師は商品名、期限、製造番号、バラした日、数を必ず書くようにし、入れる棚も責任もつようにすることになった。	アロプリノール錠１００ｍｇ「杏林」	カルベジロール錠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
393	処方箋にはポララミン錠2ｍｇ1錠分1夕食後14日分と記載があった。事務員(職務経験年数7年)は正しく入力したあと、調剤して鑑査者である薬剤師(職務経験年数8年)へ渡した。ポララミン錠2ｍｇ14錠調剤しなければいけないところ、ポララミン錠2ｍｇ10錠とブロムヘキシン塩酸塩錠4ｍｇ「サワイ」4錠で誤って調剤されていた。薬剤師が鑑査で気付いたため患者へ影響はなかった。	棚が横並びになっていた薬品だが、ポララミン錠2ｍｇの棚にブロムヘキシン塩酸塩錠4ｍｇ「サワイ」が入ってしまっていた。また、ヒートの大きさが類似していたため事務員が気付くことができなかった。	棚に戻すときにしっかり確認する。棚の位置を変える。	ポララミン錠２ｍｇ	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
394	トレドミン錠25ｍｇとトラゾドン錠25ｍｇを取り違えて交付する。当該患者は間違った薬を服用したと思われる。その後、入院され病院薬剤師により誤投薬が発見される。入院の原因は高カルシウム血症とのことで、当該薬剤との因果関係はなし。	引き出しにトレドミン錠25ｍｇとトラゾドン錠25ｍｇが隣り合わせにはいっていた。調剤時に慌てていたことから、とり間違いに気づかず交付する。交代休憩の時間帯で一人薬剤師状態であったため、ダブルチェックができていなかった。	ダブルチェックの徹底。引き出しの中の整理。同じ薬品はゴムで束ねる。	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
395	１０％サリチル酸ワセリン軟膏が処方されていたが、５％サリチル酸ワセリン軟膏で入力されており、調剤をしていた。薬局の在庫も５％サリチル酸ワセリン軟膏しかなかった。	１０％の規格もあるということを認知できていなかった。処方箋を見ずに、指示書のみを見て調剤していた。	規格に注意が必要であることを周知徹底。散剤や軟膏を調剤する際は、必ず処方箋をまず確認してから行うようにする。	１０％サリチル酸ワセリン軟膏東豊	５％サリチル酸ワセリン軟膏東豊		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	ベクロメタゾン鼻用パウダー25μg「トーワ」をとらないといけないところ、ベクロメタゾン点鼻液50μg「CEO」をピッキングしてしまった。	・手に取ったものミスゼロ子で読み取り、最後まで、処方箋を見ないで、ピッキングした。・前日に棚卸しをして、思い込みで手に取った。	・処方箋の規格までしっかり読み取る。・思い込みしない。・間違えたとき、その時に、頭の整理をして、同じ過ちを繰り返さない。意識的に意図づける。・店舗内でヒヤリハット事例を共有する。	ベクロメタゾン鼻用パウダー２５μｇ「トーワ」	ベクロメタゾン点鼻液５０μｇ「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
397	処方ではカルボシスティン500ｍｇをいただいた。調剤もカルボシスティン500ｍｇで患者様にお渡ししたが、薬袋がカルボシスティン250ｍｇの物をお渡し。	急いでいたため、普段から行っていた薬袋チェックができていなかった。	カルバシスティンの処方が来たときは声掛けを行うようにする。再度、処方箋・薬袋チェックをするよう指導していく。			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
398	流通の面で今まで使用していたフレックスタッチからフレックスペンに変更。事務員がフレックスペンを認識しておらず、前回と同じフレックスタッチで入力してしまった。	デバイスにも複数種類があることを勉強する必要がある。	内服薬の規格だけでなく、デバイス等の規格、分類などの勉強会を実施する。	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
399	処方箋に「ロキソニン錠、セフゾンカプセル100ｍｇ各3錠毎食後」と記載されていた。患者とのやりとりで疑問があった為、病院に疑義照会した。セフゾンカプセル100ｍｇではなく、セルベックスカプセル50ｍｇである事がわかった。	朝から忙しい状況であった。名前が類似していて用法も1日3回であった為に勘違いした。	処方箋の調剤する医薬品名を鉛筆でチェックするように気をつける。調剤と監査の時間をあける。	セルベックスカプセル	セフゾンカプセル		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
400	ヒルドイドソフト軟膏とデルモベート軟膏の混合軟膏の処方で、ヒルドイドソフト軟膏とデルマクリン軟膏を混合して交付。別の薬剤師が在庫量に疑問を持ち確認したところ、間違いが発見され、すぐに患者宅に訪問、謝罪の上、正しい薬剤を交付した。	軟膏名称をしっかり読み取り、確認できていなかった。	交付に際しては、今一度処方箋を確認の上監査し、薬袋、薬情等とも照合する。出来れば混合時にた薬剤師に確認するのが望ましい（1人体制が多いため、難しい）	デルモベート軟膏０．０５％	デルマクリンＡ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
401	ニセルゴリン処方のところニセルゴリンを間違えて一包化して渡した。患者は1回分服用しおり、家族が主治医に連絡した。	忙しい時間帯であり、一包化のためヒートで予製をしていたので、確認が不足していた。	スタッフに注意を喚起し、一包化のヒートの殻もよく確認する。	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
402	エスタゾラム錠２ｍｇ　１錠　分１　就寝前　３０日分ピッキング後、調剤監査システム：ミスゼロ子のピッキングを使用し、バーコードを読み取った際、エラー音あり。エスタゾラム錠２ｍｇのところエスゾピクロン錠２ｍｇを調剤していたことが発覚。調剤しなおし、監査を実施した。	エス〇〇〇錠２ｍｇ　で処方頻度の高いエスゾピクロン錠２ｍｇと思い込んでしまった。	調剤監査システムの使用を徹底し、必ず照合する。処方箋の薬品名、剤形、規格、数量にチェックを徹底する。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
403	錠剤分包機で一包化を行う際、錠剤が1錠床へ落下した。落下した錠剤を見つけられなかった為、分包機の中を確認して落下した錠剤はビソプロロールであると判断してビソプロロールを新たに追加して調剤、鑑査後、患者に交付した。翌日、使用した分包機周辺からベリキューボ錠が1錠見つかったため分包間違いを疑い、患者宅へ伺い、薬を回収後再鑑査を行ったところ、落下した錠剤はビソプロロールではなくベリキューボであったことが発覚した。	年始明けということもあり、来局者数が非常に多かった。一包化調剤も複数重なり、焦りが募り確認を疎かにしてしまった。	一包化調剤中に錠剤落下などのイレギュラーが起こった際は鑑査者へそのことを報告し発見しやすくする。			ベリキューボ錠２．５ｍｇ ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	全自動分包機スピロノラクトン錠のカセットに　バルプロ酸ナトリウムSR錠200ｍｇ　が1錠混入していた。　幸いバルプロ酸ナトリウムが一回り大きかったため　分包されず　カセットに残っていた。	処方が変更になった一包化をばらした際　2種の外観が似ていたため　混入してしまった。　それを全自動分包機に戻した。	バラ錠になった錠剤を仕分ける際は　必ず　もう一人に　点検してもらってからカセットに戻すようにする			バルプロ酸ナトリウムSR錠200ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	平素より一包化している患者にて今回よりコンサータも追加で処方。コンサータにも一包化指示があったが、調剤前に一包化可否を確認。吸湿性にて不可と確認。調剤前に疑義照会にて一包化指示の削除を行った。	コンサータは適正流通管理システムもあるほど厳格に管理されている医薬品のためより慎重に確認した結果気づいた事例。	新規処方薬を一包化する前は必ず一包化可否を確認。			コンサータ錠１８ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
406	予製作成の為ピタバスタチンCa錠1mg「DK」を28錠集めたが、そのうちの1錠がピタバスタチンCa錠2mg「DK」であった。錠剤集めた薬剤師と別の薬剤師でWチェックするようにしており、Wチェックの際にピタバスタチンCa錠2mg「DK」が1錠混入していることに気が付いた。	おそらく取り間違えた錠剤を棚に戻す際、場所が近い1mgと2mgを間違えた可能性がある。また、戻す際に他のスタッフへの声掛けを忘れていた可能性もある。	PTPヒートのデザインが似ている為、調剤棚の引き出しを間2個あけて置いていたもののミスが発生。ミス発生後、間を5個あけることに変更。かつ、取り間違えた錠剤を戻す際の声掛けを徹底するようスタッフ間に周知。			ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「ＤＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
407	１回服用分が多く一包化薬や散剤、分包品などをユニパックにまとめる際に同一の一包化薬を２包ずつ入れていた。	ユニパックにまとめたあとに確認を行ったかどうか不明確だった。薬剤取り揃え用のチェックリストの使用が徹底されていなかった。	チェックリストと必ず使用して取り揃えと最終鑑査を行う。最終鑑査者を固定し、毎回ダブルチェックを行う。			リリカカプセル７５ｍｇ トラマールＯＤ錠２５ｍｇ メリスロン錠１２ｍｇ リンラキサー錠１２５ｍｇ ビオスリー配合錠 ダントリウムカプセル２５ｍｇ サラジェン錠５ｍｇ 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
408	他薬局から近隣病院での手術のため来局。以前から使用している目薬だったが、ジェネリックに発売に伴い、こちらから初めてタフチモ配合点眼を投薬するところ、ピッキングの際に単剤のジェネリックのタフルプロストを用意してしまう。投薬者が気づくことなく、渡してしまう。患者様はこれまで先発品を使用していたことから、間違いに気づくことなく使用してしまう。手術のため病院に行ったところ、薬袋記載の名前と、実際に持ち込んだものが違うことが判明する。	タプロス点眼、タプコム配合点眼自体、名称が似ているのだが、そのジェネリックが販売された時期も同じで、キャップの色の違いを気にするようにしていたが、今回は見逃してしまったよう。	文字だけでは気づけないことがあるため、薬情の写真との照らし合わせを投薬前に必ず行う	タプコム配合点眼液	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
409	トラチモ配合点眼液「ニットー」を誤ってトラボプロスト点眼液「ニットー」でピッキング。鑑査時に気付かず、そのまま投薬。後に当事者が調剤棚を見た際に気付いて、患者様へ連絡。まだ使用しておらす、薬を交換になりました。	トラチモ配合点眼液「ニットー」は当薬局にて1名にしか調剤されておらず、処方箋はトラボプロスト点眼液「ニットー」の方がよく処方されていました。処方箋の薬品名の「トラ」の部分だけを見て、トラボプロストと思い込みピッキングしました。	処方箋の薬品名は最後まできちんと読む。鑑査者は処方箋の原本とピッキングされた薬剤を確認する。入力は誤っておらず、薬袋の薬品名、写真を見て薬を薬袋へ入れる。トラチモ配合点眼液「ニットー」を調剤する患者様の薬歴・調剤アシストシートへ取り違え注意のコメントを記載する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
410	ホスリボン配合顆粒　60ｍｇ分2朝夕食前21日分60ｍｇは成分量か？製剤量か？持参されたお薬手帳を確認　前病院ではホスリボン配合顆粒100ｍｇ/包　60ｍｇ分2朝夕食前　とあり、成分量であると判断	用法用量の確認　「20～40ｍｇ/ｋｇ　数回に分けて」今回の場合、体重2900ｇなので、58ｍｇ～116ｍｇということである。ホスリボン配合顆粒　製剤　100ｍｇ/包=0.48ｇ　であるお薬手帳で、現在服用中の用法用量を確認できた。様々な点から、今回は成分量であることが判断できた。	お薬手帳の確認の重要性を再確認			ホスリボン配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	ムコソルバンDS3%をムコダインDS50%で調剤した。薬剤を2文字（ムコ）で入力したため薬剤を取り違えた。処方箋の再監査で発覚し薬を交換した。（服用前に正しい薬を渡した。）	門前の病院からの訪問処方箋で普段は他の薬局で貰っていたがラゲプリオカプセル２００ｍｇが無いため当薬局に来局した。新規の患者さんのた受付に時間がかかってしまった。ラゲプリオカプセル２００ｍｇの手配も有り薬剤の確認をおろそかにした。門前の病院からの処方箋のため当薬局では採用していない薬が処方されるとは考えていなかった。	スピーディな投薬は大事であるがそれだけを重視しない。門前の病院からの処方箋は病状から薬の内容を判断することが多く注意がおろそかになり安い。当薬局の採用薬品以外は処方されないという思い込みに注意をする。	ムコソルバンDS3%	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
412	ザイザルシロップの処方量を間違って入力した	繫盛記で混雑していた。ｍｇで処方されたいたが入力はＭＬだった。単位を見間違えてしまった	焦らず入力する	ザイザルシロップ０．０５％	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
413	転院し処方変更あったところを入力ミス。転院前処方：ロスバスタチン錠５ｍｇDSEP→転院後処方：アトルバスタチン錠５ｍｇrサワイ処方変更があったが、前回DO（ロスバスタチン錠５ｍｇDSEPのまま）で入力してしまった。	急いで入力しなければと焦りがあった。転院により大幅な処方変更があった。一般名処方から全て商品名処方に変わっており、混乱してしまった。ロスバスタチンとアトルバスタチンが同薬と勘違いしてしまった。	転院、大幅な処方変更がある時はDOでもっていかない。一から入力する。それができない場合は調剤へ回す前にチェックを厳重に行う。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	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	
414	初来局の患者だったのですが、その方はジクトルテープを2回目の処方であり、1回目は別の薬局で調剤されたことを伺いました。ジクトルテープの使い方について理解度を確認したところ、ジクトルテープを細かく切り刻み、指に巻いているといった回答が得られました。当薬局で再度使用方法を説明し、薬剤が適正使用されるよう尽力しました。	他の貼付剤と同様の使い方ができるという患者の間違い	ジクトルテープのように他剤と比較し間違いやすい薬剤については特に説明を徹底し、繰り返し理解度を確認する			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
415	平素より当薬局をご利用いただいている患者様。小児へ前回、コレクチム軟膏0.25％が処方されていた。今回は0.5％製剤が処方されていたが、名称類似と小児への適応等の要因により前回と同様の0.25％製剤と思い込んだ。鑑査時に薬剤師が誤りに気が付き、入力変更後正しい0.5％製剤で調剤した。	多規格がある薬剤であったが、規格の確認がおろそかになっていた。また、小児であったため0.25％製剤であると思い込んだ。	多規格の存在する医薬品に関して、注意喚起のラベルを棚に貼付し計数調剤時、注意を向けるよう工夫している。また、多規格ある医薬品や適応の異なる医薬品に関して薬局内で共有を行い知識のアップデートを実施する。思い込みによる調剤をなくす。	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
416	処方箋には、カロナール300　発熱・疼痛時　10回分と記載されていたが、カロナール300が無かった為、カロナール200を1錠と半錠を分包し、「カロナール300ミリグラム」と印字し10包作成した	上記を受取人に説明し納得していただいたが、後で、本人からもう一度説明を求められた口頭での説明に加え、文章も添えるべきだったかと思う	一包化の際には、何がどれだけ入っているか、そうした経緯とかも文章にして提示する			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
417	フェブキソスタット錠20ｍｇを増量する（１→２錠）ところをファモチジン錠20ｍｇ（１→２錠）／分１朝食後、を増量していた。クレアチニンクリアランス、用法・用量共にファモチジンは不適正だったため疑義照会した結果、一つ下の行にあるフェブキソスタット錠を増量に変更となった。患者様の尿酸の薬を増やすという話とも一致した。	フで始まる薬が並んでいた事、製剤が同じミリ数であった事が要因と思われる。	滅多にみない処方内容であれば少し時間をかけてでも内容確認を徹底する。			ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
418	自動錠剤分包機へ再補充する際、フロセミド錠20ｍｇ「NP」のカセットにグリクラジド錠20ｍｇ「サワイ」を誤って補充。一包化鑑査時に発見。	再補充を行う際には、バーコードで認証する手順をきめている。再補充に関しては、ダブルチェックを行うようにしているものの、チェックを行った者同士が思い込みがあり誤って補充してしまった。補充数を記録しているため、誤って補充した医薬品すべてを回収できたことを確認した。	再補充記録は現状通り行うが、医薬品補充の際には声出し確認を追加するようにした。また、刻印が酷似しているものに関しては一度ユニパックへ入れ、時間を開けて再補充して思い込みの防止を試みるようにした。	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」	グリクラジド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	アスパラカリウムのところをアスパラギン酸カルシウムで調剤。投薬前の監査時に薬剤師が発見して、正しい薬剤で調剤を行った。	処方箋記載内容の確認不十分が原因。日頃から両薬剤とも調剤で取り扱うことが多いため、ちょっとした注意不足による取り間違えと考える。	よく起こるミスの事例のため、再度薬局職員全体に注意喚起を行うとともに、薬品棚にも目立つように注意喚起の用紙を貼った	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
420	入力者が「インスリンリスプロＢＳ注ソロスター「サノフィ」」で処方が来ていたころ「インスリンリスプロＢＳ注カート「サノフィ」」で入力。調剤者もカートでピッキング。鑑査者も入力間違いに気付かずカートのまま鑑査し、投薬。新患さんだったため投薬中にカートを使うためのペンを持っているか聞いたところ持っていないとの事でおかしいことに気付き処方箋を確認したとことソロスターだった。	リスプロはカートしか在庫が無く入力でも一覧表示にしない限り在庫のあるものしか表示されない為、ソロスターではなくカートで入力した。またカートでもあまり出ない種類だったため、薬局の在庫に他の剤形の用意があるのかどうなのか認識出来ていなかった。	インスリンが処方された場合、どこが剤形にあたるのか、どんな種類があるのか薬局全体で認識を共有する。またインスリン製剤が新規処方された際はいつもより確実にチェックを行う。	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　リスプロＢＳ注カート　ＨＵ「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
421	調剤者は、抑肝散を1日3回30日分処方された処方調剤時に、23日分取り出した後新しい箱を開けた。新しく189包入りの箱からとり出すときに隣りにあった24番加味逍遥散を開けて、混ぜて取ってしまった。鑑査の薬剤師は、同じ黄色のラベルの番号の確認が不十分だったため、すべて見ることなく、黄色の束で判断して患者に交付した。患者服薬指導時に混入に気づき取り換えた。その後、54番抑肝散の中に2束、24番加味逍遥散が混入していたことから、発覚。ピッキングシステムは、バーコードしか読まないため混入に気づかなかった。	ピッキングシステムを使用しているのにこのようなミスが起こったことは、新しい箱の取り間違えしか考えられなかったため、54番抑肝散と24番加味逍遥散の取り間違えと考え中身を確認した結果、混入を見つけた。在庫数もあっていたため、箱の取り間違えと判断した。薬局内全員で共有した	混入写真を撮り記録を残し、その場で確認した在庫数も記載し全員に周知徹底。もともと、24番はあまり動きのない商品のため、189包ではなく、42包包装に変えてそろえることにした。保管場所も変わるため、このやり方で試してみることにした。ピッキングシステムでかざしたバーコード以外も確認することを周知徹底する。	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
422	【処方内容】他薬局処方パルモディア錠0.2mg　2錠　分2朝夕食後 今回処方パルモディアXR錠0.2mg　2錠　分2朝夕食後 監査者がパルモディア使用は確認済みであったが、今回から徐放性製剤のパルモディアXR錠0.2mgに変更であることに気付かず、投薬時に、分1での使用が適正であることに投薬者が気付き、疑義照会を実施した。また、医師側も他院からの引継ぎ処方であり、パルモディアXR錠が徐放性製剤であることに気付いていなかった。	➀監査者が剤形変更に気付かず、そのまま投薬者まで引継いでしまったため。 ➁病院は引継ぎ処方で、剤形が違う場合に用法変更があることを知らなかったため。	➀監査時に成分名での一致以外にも、剤形変化に伴う用法用量の変化についても、確認の徹底。 ➁徐放性製剤などの注意が必要な薬剤について、周知およびPOPの活用。			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
423	当該医療機関発行の処方箋について通常の手順で調剤していき、監査、入力チェックの過程でピッキングした薬剤と薬袋の名称が違っていることに気づき、一般名処方の軟膏が別成分の軟膏で入力、計算されていることが分かりました。	類似した一般名の名称を見たとき、普段から処方頻度の高く、同一患者に処方歴のある薬剤と思い込んで入力していました。	一般名の記載では内服、外用に関わらず、酷似した名称であったり、剤型・規格の違いを見落としやすくなるため、慣れで判断してしまうことの無いようにピッキング、レセコン入力の双方で処方箋をしっかり確認し、間違いやすい内容であった場合はお互いに注意喚起する。	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
424	セフゾン細粒の処方を疑義照会してセフジトレンピボキシル細粒10%変更依頼し、用量は薬剤師が算出しクリニックから了承を得て調剤交付した。交付後に用量を再確認したところ1回量を1日量と勘違いして計算していたことに気が付いた。	薬剤の1回量を1日量と勘違いして用量計算をした。薬学実習1日目であり他の薬剤師がそちらの対応をしていたため薬剤師一人で調剤、監査、投薬を行った。オンラインで受付し後で来局する予定の患者であったが調剤中に患者が来局して焦りがあった。	用量計算時は用量換算表を用いて確認する。当該薬剤師以外の薬剤師は他の業務中であったが薬剤師一人での調剤、監査、投薬にならないように徹底する。			セフジトレンピボキシル小児用細粒１０％「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
425	シロスタゾール１００ｍｇ調剤するところを薬品棚の近くにあるチクロピジン１００ｍｇで調剤した。監査者が発見。アルミの外観が類似していたのと、１００ｍｇと規格しか見ていなかった。	繁忙期であり、１００ｍｇの規格しか見ておらず、薬品棚の近くにある薬剤で調剤間違いした。１００錠のピッキングだったため、アルミ包装の外観が似ていたため、調剤者は気づかなかった。	ピッキングの際に指差し確認を怠らないようにする。	シロスタゾール錠１００ｍｇ「ファイザー」	チクロピジン塩酸塩錠１００ｍｇ「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	スマトリプタン５０ｍｇのところ、エレトリプタン２０ｍｇで調剤した。薬品名が似ており、思い込みで調剤してしまった。	トリプタンが何種類か在庫しているにも関わらず、薬剤名称の確認を怠って、エレトリプタン１０ｍｇで調剤した。監査者が気付いて、発見に至った。	類似薬の場合はしっかり確認する。類似名称など注意しなければならない薬品を普段から意識する。	スマトリプタン錠５０ｍｇ「ＪＧ」	エレトリプタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	トランサミンシロップを分注する際、液剤の色がよく似たセレスタミンシロップを分注してしまった。	いずれの医薬品も使用頻度がそれほど多くなく、また色合いが良く似ており近くに置かれていたことから、色合いを目安に間違った医薬品を手にしてしまった可能性がある。	両者の場所を離し、注意喚起の札を設置した。			トランサミンシロップ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
428	アイファガン点眼液0.1%処方のところアイドロイチン１％点眼液を取り違えて調剤。調剤時、調剤監査システムによりに発覚した。	アイ～から始まる名称で薬棚も近かった。繁忙の時間帯であり、思い込みで取り違えてしまった。	ヒューマンエラーは少なからず起きてしまうものであるが、今回の事例は調剤監査システムで事前に発覚できた例である。薬剤師の目視による監査と調剤監査システムのダブルチェックを徹底していきたいと思います。	アイファガン点眼液０．１％	アイドロイチン１％点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
429	患者が処方箋を持って来局した。前回ジクアスＬＸ点眼液３％が処方されていたが、今回処方箋には【般】ジクアホソルＮａ点眼液３％５ml(１日６回)と記載されていた。調剤時に前回と同じジクアスＬＸ点眼液３％で入力されている事に気付き事務員に伝え、ジクアス点眼液３％に正しく入力し直した。調剤時に誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	ジクアス点眼液とジクアスＬＸ点眼液の一般名処方が類似しているので、薬剤が変更になった事に気付かずに前回を同じ薬剤を選択した。	一般名が類似している薬剤と判別方法について職員に周知していく	【般】ジクアホソルNa点眼液3%5ml(1日6回)	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
430	タプロス点眼液の処方に対し、タプコム点眼を渡してしまった。通常ならピッキング監査システムでチェックされるはずだが、この時は監査をせずに渡してしまった。	ルーチン業務は確実に手抜きなしで実施することで、ミスがなくなると考える	薬局の状況に関わらず、処方箋監査、調剤、監査、投薬の業務は手順書通りに行う	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
431	ジメリン錠２５０mgが２８錠処方されていたが８錠のみメトホルミン塩酸塩錠５００mgを今週して交付してしまった。	調剤・監査時の確認漏れ。薬剤棚に誤った薬を収納していた。	中止・変更となった薬剤を棚に戻す場合は指差し確認等を徹底する。	ジメリン錠２５０ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「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
432	定期処方の大黄甘草湯だったが、写真入りの薬情をみてから調剤してしまい、処方頻度の高い同じ黄色の包装の抑肝散と思い込んでピッキングしてしまった。他に薬剤師のいない状況でひとり監査でミスを発見できず、そのままお渡ししてしまった。患者家族からいつもと薬の名前が違うと連絡して、過誤が発覚。交換に伺う。服用前だったため体調に影響はなかった。	調剤、監査がひとりになってしまうときは処方箋と調剤した薬を良く照らし合わせて確認する。可能な限り薬剤師以外でも薬を確認してもう。	処方箋をみて必ず調剤する。薬剤師が他に不在のときはいつも以上に処方箋と薬をしっかり確認し、可能な限り一人で調剤、監査をしないようにする。			ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
433	タリージェOD錠5mgが処方されたが、トラマールOD錠25mgを患者に交付した。閉店後に在庫確認した際に在庫数が合わずに発覚。患者に連絡して取り変えてもらった。服用前であったため、患者への影響はなかった。	当時、薬局内は患者が多くバタバタしていた。薬をピックアップする際、急いでいたため薬情の写真を見てピックアップしてしまったので、包装が似ているトラマールOD錠25mgを誤ってピックアップしてしまった。その後、同様に監査者も薬情を見て判断してしまった。	・薬情ではなく、処方箋をみて調剤することを徹底する。・セルフチェック、第三者チェックの徹底・事例の共有・外観の似ている薬剤の注意の表示・忙しい時こそ確認を徹底する。	タリージェＯＤ錠５ｍｇ	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
434	ツムラ越婢加朮湯7.5g分３毎食前３５日分の処方であったが、ツムラ越婢加朮湯28日分、ツムラ清上防風湯７日分で調剤してしまった。監査時に気が付き修正した。	調剤者は当初２８日分で調剤してしまった。その後、３５日分と気が付き、７日分を追加して調剤をした。その際、ツムラ越婢加朮湯（28番）ではなくツムラ清上防風湯（58番）を1束（21包）取ってしまった。どちらも末尾8番の赤色で、当薬局ではよく調剤する薬剤の為取り間違えてしまったと思われる。監査機器を使用していたが、正しい方の薬剤で読み取ってしまっていたため、通ってしまった。	調剤者も監査者も漢方の色にとらわれず、薬品名や番号を確認することを徹底する。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清上防風湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
435	５／１４にツムラ抑肝散エキス顆粒（Ｎｏ．５４）をお渡ししないといけないところをツムラ加味逍遥散エキス顆粒（Ｎｏ．２４）を誤って渡していた。５／２２に当該患者の家族が誤薬を持参し調剤ミスが発覚。この間、本人も家族も誤薬に気づかずそのまま服用させていたとのこと。家族が薬情と見比べて薬名が違うことに気づき来局した。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（Ｎｏ．５４）とツムラ加味逍遥散エキス顆粒（Ｎｏ．２４）はＮｏ．一桁が「４」で包装の色も「黄色」と共通している。慣れが生じてしまうとつい番号と色で判断してしまう。	投薬完了するまで処方箋に記載している内容と漢方薬の薬品名が合致しているか兎に角確認する。 番号と色が似ている漢方薬は出来るだけ近くに置かないようにする。 薬品名をラベルで目立たせる。			ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	フルティフォーム　フルタイド　名前が異なるため、入力調剤間違え。	フルティフォーム　フルタイド　名前が異なるため、入力間違えも注意が必要だが処方箋通りに調剤すれば、薬タッチで過ちに気付けたが、入力の通りに調剤をしてしまい監査時にも気づけなかったのも要因である。	入力時にも、間違えないように注意し、調剤時に処方箋通り、入力するように再度、新人を含めて徹底する。			フルティフォーム125エアゾール56噴霧	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
437	スピリーバレスピマット60吸入の吸入器だけをお渡し、中の薬剤が充填している部分を渡し忘れていた	吸入を使い慣れていたので説明もほどほどになり、そのほかの会話に集中してしまったため	セットしてから吸入器はお渡しする			スピリーバ２．５μｇレスピマット６０吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻薬27.5μｇ５６噴霧のところフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻薬50μｇで調剤調剤者自身で発見した	薬局での使用量が圧倒的にフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻薬50μｇが多くフルチカゾンで薬品を判断してしまった規格量、噴霧回数の最後まで確認すれば防げた事例と感じた	薬名は最後まで確認することはもとより、規格量、噴霧回数まで必ずレ点を書き込み確認をする薬情での外観も併せてレ点を入れてチェックする	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「ＪＧ」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
439	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒をツムラ抑肝散で調剤してしまった。	忙しく煩雑時であったことが原因。PDAを使わなかった事も、調剤間違いに気づかないでしまった。	PDAの使用の徹底と、患者支援票に「漢方薬の調剤注意！！」のコメントを入れるとともに、薬局全職員に、類似名があることを伝え、注意喚起した。	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
440	処方箋の記載はアゼルニジピン錠16mg2錠分２。お薬手帳にはアゼルニジピン錠8mg1錠分1の記録があったため患者様に確認。血圧は安定しているので増量とは聞いていないということで問い合わせをしアゼルニジピン錠8mg1錠分1の間違いであったことが判明した	同じ薬剤での規格・1日量の違い	患者様本人とお薬手帳での確認	アゼルニジピン錠１６ｍｇ「ケミファ」	アゼルニジピン錠８ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	一包化調剤時、シロドシンOD錠４mgを調剤すべきところにロキソプロフェンNa６０mgサワイが1錠混在	両剤の色、形状がそっくりで見分けがなかなかつかなかった。ロキソプロフェンNa60mgをカセットに入れるときに1錠落とし、シロドシンOD錠4mgは手巻きだった為まぎれてしまった。シロドシンOD錠4mgが1錠手巻き時余った為、複数人で一包化監査の結果発覚	?@手巻き薬剤のシートは監査終了まで取っておく。	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
442	透析クリニックにてグーフィス5ｍｇ処方のところをフォゼベル5ｍｇを調剤	透析に使う薬を同じ棚にまとめて置いてある状況で、思い込みで5ｍｇとシートの色で判断をし、とり間違えてしまった	薬を取りそろえるときは、必ず薬品名、規格を確認することを徹底する	グーフィス錠５ｍｇ	フォゼベル錠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
443	一包化の患者様で、エルデカルシトールが処方されていたが間違えてアルファカルシドールをピッキングしてしまい、一包化した後の監査時に間違えに気づきました。	一包化をする前にピッキングした薬が処方箋と正しいか確認せずに一包化していたため間違えが生じたと考えております。	一包化をする前にピッキングした薬が処方箋と正しいか１つずつ確認する事でミスが減ると考えております。	エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「日医工」	アルファカルシドールカプセル１．０μｇ「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
444	一包化作製した調剤補助者は、処方内容が変わらなかったため前回残りの一包化調剤7日分と新規作製した一包化調剤7日分を貼り合わせて監査に出した。新規の一包化作製の際に薬剤の取り違えがあった。監査者は別々に作製されたことに気づかず前回分しか監査しなかった。監査手順は前半と後半の両方を監査する手順になっていたが、本日中に監査終了させなくてはとの焦りから無意識に後半の監査を実施しなかったよう。取り違えた錠剤は似ており刻印チェックしなかった場合は発見しにくい。	夜遅くの残業での監査を最後まで終わらせようとした。別々に作製した一包化調剤を貼り合わせてしまった。	夜遅くの監査は時間を決めて、終わらない場合は翌日に回す。別々に作製した一包化調剤監査は別々に行う。			アテノロール錠２５ｍｇ「サワイ」 アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
445	ロコイドクリームを誤ってロコイド軟膏を投与	認識不足で軟膏とクリームを誤った	薬情の写真としっかり照らし合わせる			ロコイドクリーム０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
446	ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇタイホウ　の処方。当薬局に在庫なし。温感のタイプということに気づかずに当薬局で常に調剤されている温感タイプではないロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ科研　での入力、調剤、お渡し。次回再度処方せん持参時、他薬剤師が気づく。温感タイプではないものを使用していたが、症状悪化などは特に見られなかったとのこと。	温感タイプの製剤であると気づくことができなかった知識不足。レセコン入力時も同様。	間違えたことによる知識の共有。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	事務員（当事者）がレセコンにて処方入力し、薬剤師（調製者）へ引渡す流れの中で、事務員はレセコンにて発出される用量過多のアラートが出ていたにも関わらず、気が付かずに入力を完了してしまった。薬剤師（調製者）に引継ぎも実施できていなかった。調製者が調製前にお薬手帳にて前回処方を確認した際にルパフィン初処方であることが判明し、用量過多と気づいて疑義照会を実施し、1日1錠へ変更になった。	事務員（当事者）が、レセコンのアラートの見方についての正しい知識がなかった。また、アラートが出ていることについて、繁忙時間であったこともあり、不明な点として感じたことがあったとしても薬剤師に声をかけることができない状況であった可能性がある。	事務員、また入力を実施する薬剤師には、処方入力中にアラート発出した際の情報共有について、スクリーンショットを撮影し処方箋とセットにして保管する等、携わる人間が全員状況を把握できるように運用を徹底する。			ルパフィン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	抗がん剤ゼローダ錠初めての処方でした。分割で入手しようとして、ノバミン検索したときに、デノパミンが出たので、ノバミンと思い発注して、そのまま出してしまった。	監査不足と、思い込みが危険だと思いました。	発注注意と、監査が重要と感じた。	ノバミン錠５ｍｇ	デノパミン錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
449	ツムラ107が120包の処方箋だった。机の上が煩雑になってツムラ４７と両方の薬が出ていたため、同じ色のツムラ４７が混ざりこんだ。	机の上煩雑にしないでおくことが必要でした	いくつもの処方箋を同時にやらないで、一つ一つ片付けていく。			ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
450	フォリアミン錠が以前から処方されていた。通常変わらず処方の為準備して待った。処方が入り準備した薬剤と比較した時に見落としてしまいレセコン入力時にもDOで引っ張り変更を見落とした。入力、監査、投薬時すべてで見落としてしまった。	夕方の閉局前の忙しいい状況での対応であせってしまった。	余生で準備したので思い込みが強く出たのであらかじめの余生を中止し事務方もDOでの記載はしないようにした。	フェロミア顆粒８．３％	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
451	テルミサルタン錠２０ｍｇの処方に対して、誤ってアジルサルタン錠２０ｍｇを調剤・鑑査して渡してしまった。定期処方だったため、患者本人がシートや錠剤の色調の違いに気づいて連絡があり発覚した。服用前だったので、直ぐに訪問して処方の薬剤に差し替えた。	処方せんの発行日には来局されず、後日、ご家族の方が代理で受け取りに来られたので、中身をよく確認せず渡してしまったことが原因。以前から服用している薬剤でなければ、そのまま服用していた可能性もあった。いずれも調剤する機会の多い薬剤なので、不注意によるミスである。	来局が予定される他剤服用患者の薬剤は事前にカゴに取り分けて用意しているが、その段階で間違っていた可能性が高い。その段階で間違いがないか、鑑査時も改めて間違いがないか確認を徹底するように、情報を共有した。合っているだろうという気の緩みが原因である。			テルミサルタン錠２０ｍｇ「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
452	ツムラ加味逍遙散を調剤するはずがツムラ抑肝散を間違えて調剤したがお渡し前の監査で気づいた。	以前に別の患者様の時にツムラ抑肝散を調剤したが調剤ミス（分包の数数え間違い）をしており、ツムラ抑肝散を直す時に間違えて加味逍遙散の箱に戻していた。そのため、次に加味逍遙散を調剤するときに間に入っていたツムラ抑肝散を集めていて、包装も同じ黄色だったこと間に挟まれていたことから気がつかずそのまま監査に渡してしまった。	調剤ミスをした薬品を一旦かご内（調剤ミスの薬品をまとめていれるかご）にいれて落ち着いた時間帯に一人の目で戻すのではなく２人の目で戻すことにした。	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
453	一般名処方で薬品を選ぶ際に以前採用の薬を選択入力→監査時に見落とし　お渡しした薬は間違いないが、薬情、薬手帳の内容が誤りに	当月からレセコンが変更になり、入力がかなり大変であった。処方はＤｏではなく一から入力。採用薬品登録が出来ておらず、入力時に出てきた薬の中から選択された一般名ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg→（誤）ロスバスタチンOD錠2.5mg「ＥＥ」　（正）ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」監査時に現物と入力の薬品のメーカー剤形の違いを見落し。	採用薬の登録を徹底し、入力時の誤りを防ぐ監査時に薬品の剤形、メーカーまで確実に確認する	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
454	処方箋には（般）ブロマゼパム錠２ｍｇ０．５錠の記載であった。先発希望であったため、レキソタン錠２を０．５錠分包で調剤するところを、誤って　リボトリール錠２ｍｇ（クロナゼパム錠２ｍｇ）を0.5錠分包して調剤していた。監査時に気づき、事なきを得た。	商品名のレキソタンとリボトリールは異なるが、一般名処方となると、ブロナゼパムとクロナゼパムで酷似しており、さらに２ｍｇの規格まで同じであったので混同しやすい内容であった。また、０．５錠に半割して分包しており、それも間違いを招いた要因であると考えられる。	監査を徹底する。使用薬剤のヒートを残すことで視覚的に監査しやすいようにする。薬剤の棚に注意喚起のシールを貼る	レキソタン錠２	リボトリール錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
455	酸化マグネシウム錠500mgが処方されおり、その他2種類と合わせて一包化調剤であった。酸化マグネシウム錠500mgと酸化マグネシウム錠330mgは一包化の機械のカセットに入っている。一包化後の鑑査時に酸化マグネシウム錠330mgが3錠だけ混在していた。分包しなおした。	・酸化マグネシウム錠500mgと酸化マグネシウム錠330mgのカセットは隣接している。・カセット内に戻すときにダブルチェックを行っていなかった可能性がある。	・酸化マグネシウム錠500mgと酸化マグネシウム錠330mgのカセットは離す・カセットに薬を戻す際は必ずダブルチェックを行う			酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
456	患者にアンブロキソール塩酸塩L45mg「サワイ」が処方されたが、痰の絡みを訴える症状は話さなかったとのこと。他に症状はなかったか、詳しく聞くとしびれの症状があったので、そのお薬を出すと言われたそうです。	アンブロキソール塩酸塩L45mg「サワイ」としびれ改善目的としてアンプラーグ錠100mg（一般名：サルポグレラート）の処方を選び間違えた。薬の名前が似ているため、処方間違えが起きたと思われる。	患者の症状と薬の内容が合わないため、病院に連絡して、アンブロキソール塩酸塩は処方削除となり、アンプラーグ錠100mg（一般名：サルポグレラート）に処方変更となった。			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
457	56錠拾うところ、42錠で拾った	１４錠×４シート準備するところだが、１シートの錠剤面が隠れていて、４シートあると見間違えた	広げて数量を確認する			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
458	ベタニス錠を25ｍｇでピッキングするところ、50ｍｇでピッキングした	急いでいて、確認が不十分だった	規格をしっかり確認する			ベタニス錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
459	フォゼベルを分包するはずが途中から間違えてグーフィスになっていた。	フォゼベル錠5mgとグーフィスの外観が類似しており分包の際に気づかなかった。また、フォゼベルの分包が初めてであり、分包機に登録していなかったのでバーコードの読み取りもしなかった。	医薬品を新たに採用した際は分包機への登録を怠らない。医薬品棚に注意喚起の文言を入れる。			フォゼベル錠５ｍｇ 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
460	アンテベート軟膏6本ピッキングするところ5本ピッキング	多忙で確認が漏れた	しっかり確認する			アンテベート軟膏０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
461	３０錠投薬するところ10錠少なく渡した	錠剤が上手くかみあわさっていなかった	輪ゴム止めにしてずらして確認する			ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	ノイロトロピン調剤するところ、ノイロビタンで調剤	名称類似	よく出るノイロトロピンの棚に注意喚起をする	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	眼科からの白内障オペ後の抗菌剤が処方されたがレボフロキサシン点眼液1.5％のところ0.5％をお渡し。	1人薬剤師で調剤し監査したための思い込みによる調剤過誤	簡単な処方だからと1人で調剤して監査しないよう徹底する			レボフロキサシン点眼液０．５％「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	メジコン錠6錠分3、毎食後7日分の処方で、調剤、鑑査投薬し、患者さんのお渡ししたが、数日後メジコン錠が足りないと電話あり。調剤した人と鑑査した人と残薬を考え、錠剤を合わせて40錠揃えるところ30錠で揃えてしまい、端数2錠をつけて投薬してしまった。	メジコン錠は、他の薬剤よりシートが薄く小さいため、十分注意して調剤するよう注意簡易するように	出荷調整でメジコン錠が通常の状態で入庫せず、不規則な状態になっているので包装が100錠や1000錠のものがある。そのため常設の薬品棚に入れておけないことがあり、今後定時の場所に入れるようにする。			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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
465	オロパタジン84錠ピッキングするところ、64錠ピッキングした	忙しくてピッキングした数の確認が疎かになってしまった	落ち着いて確認する			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
466	7カ月の乳児に（般）レボセチリジン塩酸塩シロップ用0.5%　0.4g分2朝夕食後の処方。添付文書上0.25g分1で処方される薬剤であることから疑義照会。(般)ビフィズス菌・ラクトミン配合散0.4g分2朝夕食後へ変更となった。	処方入力時にレボセチリジンとレベニンS（（般）ビフィズス菌・ラクトミン配合散の商品名）を選び間違えたと推測。医薬品名が類似していることから間違えたと推測。	それぞれの医薬品の用法用量の確認を徹底する。類似名称のある医薬品には特に注意が必要。	レベニンＳ配合散	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	タムスロシン43錠ピッキングのところ45錠でピッキング	急いで準備したので数を間違えてしまった	しっかり数を確認する			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
468	入院時の持参薬確認時に入院施設薬剤師から、連絡あり。グーフィスの薬袋にフォゼベルが入っておりすでに1回分服用された形跡があるとのこと。	フォゼベルが中止になり、グーフィスが追加に処方変更があり、作り替えをせずに監査に回してしまった	外観が似ていることを周知徹底。監査時により注意をするように指導	グーフィス錠５ｍｇ	フォゼベル錠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
469	タリージェOD10ｍｇで処方されていたところ5ｍｇ錠で調剤しお渡ししてしまった	慢心があったかと思われます。	処方箋の確認、調剤録の確認が必要になってくるかと思われます。			タリージェＯＤ錠５ｍｇ タリージェ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
470	一般名での処方であり、名前が非常ににており、入力をまちがえてしまう。	思い込み	一般名などの時は一文字ずつ確認する様にする。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
471	体重8～9ｋｇの乳児に解熱剤が処方。お薬の供給困難によりカロナール20%・50%の2つの規格を使っていた。処方医の規格間違いによる処方量間違いで交付前に用量がおかしいことに気付き問い合わせ、正しい用量に変更した。（カロナール50%0.4ｇから0.2ｇへ変更）	おくすり供給困難なため、処方医がいつもと違う規格を処方する事がある。	処方内容を年齢体重も含めて処方内容に問題ないか確認したうえで調剤にあたること。			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
472	いつも来局される患者様で　鼻炎用点鼻薬を内科で処方されてこられました。一般名処方でフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻50μ56噴霧と書かれていましたが　最近当薬局ではフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻27.5μg56噴霧が大半を占めているためフルチカゾンだけで　早合点しフランカルボン酸エステル点鼻27.5μ56噴霧を投薬してしまいました。薬歴処理をするさい処方箋見直しをしたときに気がつき患者様に連絡をしたら　まだ　使用前であったため取り替えができました。	忙しいとき　深く考える余裕がなく思い込みで解釈をしてしまったように思います。確り薬品の用量の確認は内服薬でも外用薬でもしなくてはいけない基本要件ですし　一般名で処方されていたら紛らわしい事が多くあります。確り確認し　之で良いだろうでは　すまないということ。	確り　2人　体制で　調剤した薬を　確認　すること。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻50μ56噴霧	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
473	9:40ごろ来局の患者。9:48入力。入力は問題なかった。9:50ごろ調剤。28錠（1パック）のところ56錠（2パック）ピッキング。10:00ごろ監査投薬。18:35日次棚卸で28錠のずれがあり監査記録確認。間違ってお渡ししていることが発覚。18:40患者様に電話連絡。18:55薬回収。謝罪。	入力は問題なし。調剤は１パック28錠入のところ2パック56錠ピッキングした。アテルノはパック単位の監査になっており重量監査はなし。調剤者はパック数を入力すべきところ箱数と勘違いし１と入力。１箱2パックのため誤った数で監査が通った。監査は数量監査がきちんと行われていなかった。アテルノ任せになっていたところがあった。調剤録には必要数を記載していた。投薬は患者に日数の確認、薬を見せながら行ったが間違いに気づくことはできなかった。	【調剤】調剤者はピックアップと受付を両立しており急いでいた。受付に患者様が来たタイミングで焦っていつもと違う行動をとってしまった。パック数による監査ではなく重量監査に統一する。 【監査】調剤録に今まで通り必要数を記載、さらに実数の確認をした記録を残す。その際ピッキングされた数量を細かく記載し間違いに気付きやすくする。			エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
474	フェキソフェナジンDS　0.6ｇ分1　30日分の処方で、0.6ｇ30包準備するところ、0.3ｇ60包で準備した	1日量が0.6ｇだったので、分2で0.3ｇ/包の分包品を使用すると勘違いした	用法まで確認する			フェキソフェナジン塩酸塩ＤＳ６％「トーワ」	ヒューマンエラー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	エスワンタイホウＯＤ錠Ｔ２０　６錠分２　１４日分、８４錠（２８錠×３袋）処方のところ１６８錠（２８錠×６袋）調剤。５/３０、患者本人より電話あり発覚。実在庫５３１錠、レセコン理論在庫４４７錠、差異８４錠。同日、患者宅へ訪問し過剰分を回収、謝罪した。	２８錠包装を１４錠包装と勘違いした。確認が不十分であった。	今後、より注意をして調剤、監査、投薬を行う。			エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	ファックス処方でアセトアミノフェン300ｍｇが処方されていた。二次元バーコードが使えず、手入力で間違い、200ｍｇで入力され、ピッキング、監査を通り投薬窓口で、患者家族が気づき調剤しなおした。	患者家族は薬局の元職員（薬剤師）で、スタッフに気のゆるみがあった。ファックス処方せんは印字が不鮮明で二次元バーコードを読み取れないため、手入力で間違いやすい	ファックス処方せんを手入力すると間違いが起こりやすいため、より一層処方監査に注力する必要があるが、元職員の家族ということで気のゆるみがあった。事例を共有し、今後の教訓とした。	アセトアミノフェン錠３００ｍｇ「マルイシ」	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
477	クラシエ柴朴湯の処方であったが、クラシエ柴苓湯で処方入力。監査時に薬剤師が気づけず、そのまま投薬。	以前より処方のあったもので、前回処方を変更していることが頭になかった。	監査時に今回のようなケースも十分に考えられ、頭に入れておく必要があります。特に新人がいる場合は注意が必要です。	クラシエ柴朴湯エキス細粒	クラシエ柴苓湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
478	L－ケフレックス顆粒を14包ピッキングのところ18包でピッキング。監査時に間違いに気づいた。	L－ケフレックス顆粒は3包つづりではなく4包つづりのため、3包つづりと勘違いして間違いが起きたと考えられる。	思い込みによる調剤を防止するために、自店舗スタッフに周知し、注意喚起を促す。			Ｌ－ケフレックス顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	以前からテルチアＢＰが処方されている患者様に対し、テラムロＢＰの調剤。監査でも気づかずに投薬。棚卸の際に数が合わずに問合せにて間違いに気づく。	思い込み、確認不足からの起きた間違い。最後まで、しっかりと薬剤確認行う	名前が似ており、思い込みにて十分な確認もされないまま起こった事例。しっかり丁寧に監査行う事徹底する	テルチア配合錠ＢＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
480	フェブキソスタット錠20ｍｇ「ＤＳＥＰ」の処方をフェキソフェナジン錠60ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」で調剤。監査者が気付き、訂正。	急ぎ調剤するさいにフェ　キの文字で調剤を余ってしまった。慢心	指さし確認	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	当薬局をかかりつけ薬局としている患者より、令和6年3月8日に他市町村の基幹病院の処方箋を受けた。ジクアス【LX】点眼液３％を、当薬局の採用品ジクアス点眼液３％と勘違いし、処方入力、調剤を行う。調剤と投薬の薬剤師は異なっていたが、間違いに気付かずに投薬。5月30日に同じ基幹病院からの処方があり、患者から電話で在庫を確認された際、前回処方せんと見比べた所、間違いが発覚。処方基の基幹病院の医師に調剤過誤を報告、患者に謝罪。健康被害はなし。	他市町の基幹病院の処方で、ジクアス【LX】点眼液３％の製品が存在することを知らず、当薬局の採用薬品ジクアス点眼液３％と勘違い。薬剤師、事務員、ともに気付けず、ジクアス点眼液3%で処方入力、調剤、投薬。	全スタッフにて処方箋をしっかりと確認し、今後の再発防止に努める。			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
482	朝食後に６種類、６錠の薬を56日分１包化してお渡しした。５６日後に来局された際に、１包化された薬の中で５錠しか入っていない１包化の分包とその隣に７錠入っていた分包の１包化が１包ずつあった。ご自分で薬を確認して、６錠に直して飲んだとのこと。	１包化した後は薬の種類と錠数を確認してお渡ししているが、１包化の際に１錠が隣の１包化の袋に入ってしまっていて、それに気づかずに患者様にお渡ししてしまった。いつも錠数を確認して飲んでいる患者様が錠数の違いに気づき、ご自分で薬を直し、確認して、服薬された。	１包化したときは、１包化の調剤をした人、監査した人が錠数の違いがないか、薬の分包の間違いはないかをしっかり確認するようにする。			プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成） フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」 テネリア錠２０ｍｇ フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
483	漢方製剤を１文字目の漢字で判断してしまい、普段よく処方されるものと柴苓湯とを入力者、ピッキング担当者がどちらも間違え、監査システムを通ってしまった。薬剤師が薬袋に入れる際に誤りに気づいたため患者様への影響はなかった。	漢方は漢字１文字で判断しない。事務の中には読めていない者がいるということをしっかりと認識する。	ツムラの漢方の一覧を利用し全てに振り仮名をふり、似た名前の漢方が沢山あって間違えやすいことを全員で認識し直しました。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	フェログラデュメットとアミティーザ１２μの外装が似ており、調剤棚に間違えて入れてしまっていた。ピッキングの際に箱を開封し気が付いた	問屋からの配達があった際に、忙しいと検品が疎かになっている。	外装の似ているメーカーのものを棚に戻す際には二人たいせでチェックする			フェロ・グラデュメット錠１０５ｍｇ アミティーザカプセル１２μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
485	軟膏壺に詰める際に、親水クリームを詰めるつもりであったが亜鉛華軟膏を詰めてしまった。50gの処方であったがその半分の25gほど詰めた段階で軟膏の取り間違えに気づいた。	このヒヤリ・ハット事例が発生した背景として、業務が立て込んでおり忙しかったこと、親水クリームと亜鉛華軟膏の容器の見た目が非常に似ていたこと、確認を怠っていたことなどが挙げられる。	軟膏を詰める時は、棚から取り出す際、充填を始める際で医薬品名を確認することを徹底する。可能なら声出し確認も行う。	親水クリーム「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
486	3月まで当該医療機関の処方では、【般】バルプロ酸Na細粒40%　0.75g　分1　就寝前　であった。4月より、【般】バルプロ酸Na徐放顆粒40%　0.75g　分1　就寝前　へ変更も気づかず患者まで渡ってしまった。	バルプロ酸以外はDo処方であり、当該職員は全てDo処方だと思い込みレセコンから前回コピー機能を使用して入力を完了していた。またすべてのポジションでのチェックも同様にDoと思い込み、チェックがかかっていなかった。	特にDoと判断した際でも剤形まで変更がないか確認するとともに、調剤、監査、投薬各ポジションでも剤形に変更の可能性がある旨の注意、特にDoと認識した際にチェックが緩む可能性を考慮し本当に変更がないのか改めて十分注意すること。また剤形の違いから薬効への影響があることを再度意識することとした。	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
487	一般名　アトルバスタチン５ｍｇをアムロジピン５ｍｇでピッキング	当薬局にてよく処方される薬が、アトルバスタチ１０ｍｇとアムロジピン５ｍｇ。そのため、頭の「ア」とｍｇのみの判断で取り間違え。	3文字以上と規格の鑑査を徹底する	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	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	
488	ハルロピテープ16mgのところ8mgで調剤してしまった。	前回Do処方かと思ったが、実際には増量となっていた。	処方内容の確認徹底。患者さんとのコミュニケーション、服薬指導の充実。	ハルロピテープ１６ｍｇ	ハルロピテープ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
489	一包化患者。リーマス(200)朝食後とリーマス(100)眠前処方であったが、リーマス(200)を眠前、リーマス(100)を朝食後に一包化してしまった。	リーマスの文字だけ確認し、規格までしっかりと確認できていなかった。自己監査時にも薬品コードまでしっかりと確認できていなかった。調剤監査時に発覚。	薬品の規格までしっかりと確認して一包化を行う。また、一包化後はしっかりと錠剤の薬品コードを確認してから自己監査を行う。			リーマス錠１００ リーマス錠２００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはベルソムラ１５ｍｇが就寝前と書いてあったが調剤者はトビエース４ｍｇをしょほうした。監査の時点でも通過したが投薬者気が付き誤薬のまま患者さんにはわたらなかった。	この原因は、調剤者のなれと服用時間が同じ事例があった。また包装も同じアルミニウム製であった。棚は、ぜんぜん別の場所でも先入観で調剤したためにおきた。	処方箋の読みをしっかりすることと監査においては、信じすぎないよう処方箋と見比べるようしていく。	ベルソムラ錠１５ｍｇ	トビエース錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
491	牛車腎気丸3包×35日処方で調剤・監査・交付、1週間後に患者様から違う薬が17包混入している旨連絡があった。35日処方から7日分包装を5束渡していると考えられ、4包は服用されたものと考えられる。正しい薬品をお渡しして謝罪した。不都合な症状の出現はなく経過されているとのこと。	包装外観が類似していて一箱包装も同じく、保管場所が近いため発生したと考えられる。繁忙時間でもあり確認がおろそかになったと考えられる。	発注包装を片方は42包包装に片方は189包包装のままとして、片方の保管場所を全く別の場所に移した	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
492	定期受診の患者様、普段は商品名にて処方記載「デパケン細粒40%1.5ｇ分２朝夕食後」のところ、今回は一般名称「バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒40%1.5ｇ分２朝夕食後」で処方されていた。入力時、事務員はいつもデパケン細粒40%だが、一般名称を商品名に直したらセレニカＲ顆粒40%になることを薬剤師に確認していた。聞かれた薬剤師はそれで入力可能と伝え、調剤、監査も１日２回で用意された。投薬者が気付き、医師に疑義「徐放顆粒だと１日１回の用法であるがいかがですか、それとも一般名称の入力誤りですか」と聞いたところ、医師「処方箋入力する者が一般名称を間違えた。いつも通りのデパケン細粒40%1.5ｇ２×朝夕食後で調剤をお願いします」とのことを確認した。	入力時に確認があったにもかかわらず、この度から徐放顆粒となった処方意図の考察が出来ていなかった。監査時にも、変更の意図、用法について疑義が必要であることに気付くべきであった。	薬剤変更時の調剤、監査時は変更意図を考察する。疑義は必要であれば行う。投薬時には変更の内容があっているか、患者または患者家族に十分聞き取る。			デパケン細粒４０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
493	5/15（般）ロサルタン５０・ヒドロクロロチアジド配合錠処方をロサルタンＫ５０ｍｇでレセコン入力間違いに気づき、今回より処方変更されたと思い処方元にその旨確認したところ前回３月より変更されていると回答。３月調剤分ロサルタンＫ５０ｍｇで調剤しており間違いに気づいた。	処方箋内容とレセコン入力間違いを見落としてしまった/繁忙で急いで鑑査する状況にあった	処方箋内容とレセコン入力内容1剤ごとに差異がないかどうかしっかり確認し調剤するように注意する	ロサルヒド配合錠ＬＤ「サワイ」	ロサルタンＫ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
494	ノボラピッドフレックスタッチが処方されていたがノボラピッドフレックスペンを取りそろえていた	タッチとペンの2規格があり外箱もオレンジ色で似ている	タッチとペンは冷蔵庫内で出来るだけ距離を置いて配置することにした。	ノボラピッド注　フレックスタッチ	ノボラピッド注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

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

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	PMDAによる調査結果
495	集薬時にアスパラカリウムを集薬しなければいけないところを間違えてアスパラCaを集薬してしまった。薬剤師の監査時に気づき集薬しなおした。	集薬者は仕事ができるベテラン事務ではあったが、慣れがあったと思われる。	集薬時、監査の時点でも処方箋の一字一句をきちんと見る癖をつける。薬歴にも記載し、次回以降目に留まるように工夫した。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
496	数年ぶりの来局。「ツムラ炙甘草湯　2.5ｇ　肩こり時　頓服」が処方。調剤前の処方監査時に１回量と適応症から疑義が生じ、患者に確認したところ、血圧が高くて受診したが、一過性の疑いもあり降圧薬は処方せず様子を見ることになった、肩こりがあるので漢方薬を処方されたとのこと。類似名称の芍薬甘草湯との処方間違いを疑い疑義照会し、処方変更となった。	薬品名のカナ読みが類似しているため、処方入力を誤ったと考えられる	患者からも適切に情報収集を行い、処方内容と用法用量や適応症に疑義がある場合には積極的に疑義照会を行う			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
497	患者が使用前に点鼻薬が違うこと気づき来局された。	投薬した日は薬局が混んでいた事や閉店時刻を過ぎていた事もあり焦って出してしまった。	薬袋に薬を入れる前に患者さんに確認してもらってから入れるようにする。また、焦っている時ほどしっかり確認していきたい。	サンベタゾン眼耳鼻科用液０．１％	ゼペリン点眼液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
498	クラシエよく苡仁湯エキス錠が処方。患者様への内容説明時に、イボの治療で当該薬を服用中であることを確認。Drへはヨクイニンの錠剤があることをネットで分かったので相談して処方してもらった。効能効果が異なるので医師に疑義照会し錠剤でイボへの治療に使用できるヨクイニンエキス錠「コタロー」を提案、変更となった。	同じヨクイニンと名前のついた漢方だが効能効果が異なる事をDrの中で周知されていなかった可能性がある。またネットなどの情報、患者の希望からの処方と扱い慣れていない漢方の可能性、処方の際の入力間違え、選び間違えなどの可能性なども考えられる。	名前が似ているが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」など効能が異なり、間違えやすい薬があることを周知。また患者様の治療目的などの聞き取り、コミニケーションも大切である。	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
499	一般名処方で、オフロキサシンをオロパタジンと勘違いして調剤してしまった。	処方箋が多く、しっかり確認せず調剤してしまった。	多い日は特に気を付け、調剤棚にも表記し、注意を促すようしていく。	オフロキサシン点眼液０．３％「ニットー」	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
500	耳鼻科でフロモックス錠が処方。薬歴を見たら以前フロモックス錠で薬疹あり、と記載あり。病院に疑義照会してメイアクト錠剤に変更になった。	薬歴には誰が見ても分かりやすいところ、または所定の場所に副作用歴は必ず記載する。	薬歴には誰がみても分かるところに記載する。			フロモックス錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	婦人科からの処方で　ジスロマック錠250mg　４T分１　1回分を受付。　尿道炎との事で確認　患者には1回４T1回のみ服用と説明（パッケージからも出してお渡し）　投薬後に薬情を修正していない事に気が付き確認。　説明欄に3日間服用の文言が残ってしまっていることを確認。患者には連絡し、口頭説明の通り1回のみ服用を再確認しました。	通常受けつけ時はほぼ3日の処方の為、説明では注意したが薬情の修正まで気が向かなかった。	説明時は薬情を一緒に確認しなら説明を実施する			ジスロマック錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	処方が一般エストラジオール錠0.5ｍｇ錠であったのに対し、在庫がなかったため近くの薬局から購入する際、薬局事務での一般名入力をミスし、調剤処方薬も間違うことになる。	薬局で処方入力の際に、今まで調剤したことのある医薬品のみが、リスト化されており、事務入力がなされてしまった。さらに、薬品名が似ていて、薬剤師も投薬の際に、一般名からの薬の間違いに気づけなかった。病院の事務員より、レセプト請求機関からの連絡を受け発覚した。	必ず、処方入力後に、レセプト調剤録を確認してから、医薬品の用意や薬情提供書を用意する。入力の間違いがないか、徹底して確認する。	エストラジオール錠０．５ｍｇ「Ｆ」	エストリール錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
503	一般名処方でブロマゼパム（５）　２錠1日２回　朝・夕食後　３０日分の処方が記載されていたが、調剤監査の際にブロマゼパム（５）「サンド」ではなくゾルピデム（５）「DSEP」が調剤されていた。すぐにゾルピデム（５）「DSEP」をダブルチェックのうえ棚に戻し、改めてブロマゼパム（５）「サンド」を調剤した。	薬局内が非常に混雑しており、該当患者様から再三の催促があったため焦っていた。当時ブロマゼパム（５）「サンド」とゾルピデム（５）「DSEP」は棚が隣り合っており、どちらも５ｍｇ錠のため調剤時に処方箋との照合を的確に実施してなかった。	催促があっても、焦らずに必要な照合は的確に行う。名称、規格が似かよった薬剤は隣接する棚に置かない。	ブロマゼパム錠５ｍｇ「サンド」	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
504	個人かごにあった、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1本を薬出し、監査経てそのまま患者さんのもとにお届け。お届け後、ご本人さまから「なんか違うんだけど」とお電話あり、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1本の渡し間違いと判明。	以前処方になって、現在使わなくなったフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg「DSP」56噴霧用をかごに入れていたため、調剤者がそのまま利用して間違えとなった。外観の違いから患者本人から連絡あり発覚	・調剤者は処方箋と薬剤の確認を行う・投薬者は投薬時にも確認する	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」５６噴霧用	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＤＳＰ」２８噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
505	閉局後、シャッターを叩き来局。薬剤師が入力・Pick・監査・投薬全てを行った。以前より服用のお薬だったが医院が本院ではなくサテライトの医院になっており処方箋の一般名などの記載が前回と若干異なっていた。 do入力から引き出した薬名での入力を処方箋記載に合わせて一般名での入力に訂正したところ、一般名の選択を間違えて【般】L-アスパラギン酸Ｋ300mgのところを【般】L-アスパラギン酸Ca200mgで入力し、Pickもそのままアスパラギン酸Ca200mg「トーワ」で行ってしまった。投薬時は代理の奥様へお渡し。代理の奥様は常より「わからないから説明はいらない」と説明を拒否しているが、（この時点ではアスパラCaの処方と思い込んでいるため）今回アスパラCaがジェネリックでのお渡しという点を伝えた。翌日の調剤録チェックの際に間違いに気づき、患者へ連絡と謝罪。薬剤のお届けと交換を行った。	・閉局後の来局だったため全ての手順を一人で行った。・投薬時、常よりお話を聞いていただけない代理人であった。・アスパラCa200mg錠の流通が悪く、折よくジェネリックのL-アスパラギン酸Ca200mg「トーワ」が入荷したところで印象も強かった。	・閉局後の来局時、全てを一人の薬剤師が行うことは免れないため。時間がかかっても調剤録のチェックを入力後すぐと、pickの後と時間をあけてから行うことで少しでも違和感を感じ取れるようにする・こちらの説明を受け付けない患者（および代理人）への投薬時でも処方箋の記載医薬品の読み上げはすべて行うことにする。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
506	プリビナ液0.05％の薬袋にプリビナ点眼液0.05％と記載されており、調剤時に見逃した。患者より使用方法について確認の電話を受けた。正しくは鼻閉時の使用だった。鼻閉の使用に関しても1回量2滴という容量で伝えたため、使用量としては若干量多い情報を伝えてしまった。	プリビナ液0.05％をプリビナ液0.05％と見間違い、記載内容・確認項目に関する理解不足により、誤って調剤を実施してしまった。また指導薬剤師の指示を誤解し、誤った情報を伝達した。	確認項目について再指導を行い、再発防止に務める。			プリビナ液０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	定期薬でエスタゾラム2ｍｇ錠がいつも処方されていたが忙しい時間帯だったのと、漫然とした慣れから同じ睡眠剤のエスゾピクロン2ｍｇを調剤してしまった。監査薬剤師も間違いを見落とし、投薬時に薬を一つ一つ患者に確認してもらいながらお渡しするところ、ご家族が代理で来局されたため間違いに気づかずお渡ししてしまった。閉店後に向精神薬の在庫が合わなかったことから出し間違いに気づき、患者宅に伺い正しいエスタゾラム2ｍｇと交換し、服用前であったため健康被害はなかった。	土曜日の最も忙しい時間帯であったことと、いつもの患者様であったので薬歴の確認を怠った。	継続で来られている患者様でも必ず薬歴を確認してから調剤を行う。2名監査の徹底。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
508	処方箋ではノイロビタン配合錠で処方されていたが、ノイロトロピン錠を渡してしまっていた。投薬時にも患者と確認しながら投薬をしたがお互い気がつかなかった。在庫管理の時に誤って渡していたことが発覚した。新たにノイロビタンをお渡しし、ノイロトロピンは廃棄した。	供給困難で長期間在庫していなかったことや「ノイロ」という文字だけでノイロトロピンと思い込んで調剤してしまった。	投薬前に再度確認をする。	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	
509	ツムラ葛根湯エキス顆粒を調剤するところ、引き出しの中にツムラ補中益気湯エキス顆粒が入っていた。調剤時にミスが判明したため、患者様への調剤過誤は無し。	混雑日であり、薬を入庫する際にツムラの外箱の色が青色で類似していることから、名称をよく確認しないで棚に戻してしまった。ツムラの番号もツムラ葛根湯エキス顆粒が１番、ツムラ補中益気湯エキス顆粒が４１番と番号も少し似ている。	似ている外装・名称の物を棚に戻すときはダブルチェックを行い、慎重に行う。職員全体に周知し、事例共有を行って危機感を持つようにする。	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
510	インスリンの　ルムジェブカートが3本処方　　奇数本の場合は　2本入り1箱とバラで1本お渡ししすることが多い。　薬剤監査システムを通すときに箱かバラ品かどちらかをとおすが今回　箱のバーコードを通しバラの方は　目視で　監査もくぐりぬけ違うインスリンカートを　おわたししてしまった	ルムジェブとアピドラの冷蔵庫での位置がとなりあわせでばらしたものがまじってしまった。薬剤監査システムで　箱とバラ品の両方とおすことはできないため機械でとおったものでも監査時に確認しなければいけないが流れ作業でそのままお渡ししてしまった。	冷蔵庫での位置を変更し　似ているものははなしておくようにした。　監査はバラのもの　箱のものあるときは　しっかり　1つずつ確認するようにした。	ルムジェブ注カート	アピドラ注カート		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	視力検査後の受診で近視と診断されて来局。処方にはサンドールPと記載があった。	患者に確認すると、処方された薬を使用して、１か月後に再受診だと言う。ミドリンMとミドリンPは添付文書でも記載が似通っており、名称もほぼ同じ為、入力間違いが多い。	使用期間を確認する。ミドリンP（サンドールP）とミドリンMを認知し、近視の時にミドリンPが処方されている場合は疑義照会を行う	サンドール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
512	オロパタジンOD2.5　とモンテルカストチュアブル5　をそれぞれ逆の薬袋に入れてしまった。患者様の親から服用前に電話で連絡あり入れ替えていただいた。	ヒートが同系色なので、忙しい時間帯で逆に入れてしまった。ヒートと薬袋を照らし合わせず慌ててしまってしまった	薬袋に入れる前に再度　ヒートとの確認を怠らないように徹底した			オロパタジン塩酸塩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
513	定期薬として【般】トラゾドン25mgが処方されていたが、誤ってトレドミン25mgを渡してしまい、患者本人が薬袋を開いた際普段とシートの色が異なることに気づき来局、ミスが発覚した。	薬品名が類似した異なる医薬品を調剤してしまい、鑑査者が入社間もない薬剤師であったこともありミスに気付かずそのまま鑑査・交付してしまった。	鑑査の際に処方箋鑑査の後、薬袋に薬をしまう際にもきちんと確認することで二重チェックを徹底する。また、患者様にきちんと薬を見せて投薬することで最終でミスを防ぐよう心掛ける。	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	トレドミン錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
514	泌尿器科より定期処方としてピカルタミドOD錠80mg、ベタニス錠50mgが処方されている患者。今回、ベタニス錠50mgが効果不十分ということでベオーバ錠に変更になっていたが、事務員の処方入力時に処方変更になっていることに気づかずベタニス錠50mgのまま入力。入力鑑査・処方鑑査を行った薬剤師も処方変更に気づかず調剤実施。FAX受付だったため、翌日別の薬剤師が薬剤交付したが前日に薬剤準備されていたためそのまま服薬指導実施。薬剤交付当日に事務員が処方入力データと調剤録の情報を確認した際に、入力間違いが発覚。患者に連絡を取り、正しい薬剤に差し替えた。	今回受け付けた処方箋にはQRコードが付いておらず、事務員による手入力。定時処方だったため、レセコンのDo機能を利用して入力を行い、処方箋と入力データの確認が不十分だった。また、入力鑑査・処方鑑査を行った薬剤師が1年目の薬剤師であり日常業務にも慣れてきている時期で、処方箋と入力データの確認が不十分なまま入力データのみで調剤を行ってしまった。さらに、「ベオーバ錠50mg」と「ベタニス錠50mg」が同種同効薬でmg数が同じ、薬剤名も類似していることも処方変更に気づきにくかった要因と思われる。	・QRコード等を用いない処方箋手入力は、手入力またはDo機能を用いての入力となりミスが起こりやすいため事務員・薬剤師が処方箋の情報と入力データの確認を十二分に行う。・十分に気を付けていてもミスは起こってしまう可能性があるので、調剤録と入力データの確認を遅滞なく行いミスの早期発見を行う。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	コレクチム軟膏１０ｇの処方５ｇチューブ２本のところ、５ｇチューブ１本で調剤	１０ｇチューブという思い込みがあった。	包装品に関しては含有量をその都度確認。			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
516	患者様からの問い合わせがあり、アジルサルタン錠４０ｍｇ「武田テバ」をお渡ししなければならないところ、誤ってテルミサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」をお渡しした。患者様からの問い合わせで発覚した。患者様が薬剤の違いに気づき、処方医へ問い合わせ、処方の変更がないことを確認の上、当薬局に連絡をされた。服用はしていなかった。患者様に謝罪し、正しいお薬と交換した。	薬剤名称と規格が酷似していたため、また業務作業の慣れがあったため、お薬の取り間違いに気が付かず、そのまま患者様にお渡ししてしまった。投薬時に変更処方のみの確認しかせず、定期薬の錠数、銘柄等の確認を患者様の前で行っていなかった。	医薬品棚に、薬剤の名称や規格が酷似していることから、取り間違いが発生しやすいことの注意喚起の札を設置し、より注意深く監査を実施する。更に投薬時に薬品名、数量の確認も忘れずに実施するよう従業員にも周知徹底をした。	アジルサルタン錠４０ｍｇ「武田テバ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
517	ブリモニジン点眼液の処方に対してブリンゾラミド点眼液を交付一般名処方の類似医薬品の渡し間違え	調剤、鑑査、投薬時の確認などすべての工程で注意不足	調剤棚へシールによる注意喚起棚の配置の変更薬歴の申し送りに過誤があったことを記載し再発の予防策とした	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
518	患者は以前からＡ、Ｂ、Ｃ病院を受診しており、当薬局ではＣ病院処方のみ調剤していた。投薬した薬剤師は処方せんに記載されている検査値を見てＳＣｒ上昇とｅＧＦＲ低下に気付いた。腎機能低下の要因について患者に尋ねたところ、Ａ病院処方のプラビックス錠７５ｍｇについて、先発品と後発品の両方を１錠づつ服用していたことが判明した。	以前からＡ病院処方は全て先発で処方されていた。患者は薬局１を利用し、プラビックス錠７５ｍｇは先発品を受け取っていた。しかし、薬局１が閉店することになり、薬局２を初めて利用した。薬局２ではクロピドグレル錠７５ｍｇ「サワイ」で調剤された。プラビックス錠７５ｍｇと同成分であることに気付かず、手持ちの残薬にプラスしてクロピドグレル錠７５ｍｇ「サワイ」を服用していた。重複していたのは２１日間であり、鼻出血は２，３回、歯茎からの出血は頻繁にあった。いずれもプラビックス錠服用初期に経験したことがあるが、最近は発現していなかった。出血の理由について、本人は歯周病が悪化したのかもしれないと思っていた。	誤って服用したのは当薬局で交付した薬剤では無いが、この事例から、先発品から後発品の変更、または後発品のメーカー変更を行う際は十分な説明を行い、患者が理解したことを確認する必要があると痛感した。			プラビックス錠７５ｍｇ クロピドグレル錠７５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
519	軟膏の混合調剤でアルメタ軟膏とプロペトを混合するところ、誤ってアンテベート軟膏とプロペトを混合調剤してしまった。監査の薬剤師がチェックレシートを見て誤りに気付いた。	調剤した薬剤師は調剤する前に処方箋を見ていたが、調剤時に再度確認しなかったため思い込みで誤って調剤してしまった。土曜日で薬局は混雑しており焦って調剤してしまったことも一因。	処方箋を何度も確認して調剤することを習慣付ける	アルメタ軟膏	アンテベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
520	医師の処方箋が手書きで　薬の名前のみ容量記載もなし　疑義にて確認をとる	流通の問題　入手困難	いつもの薬でも　起債ない場合　　確認　必要			ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
521	ノイロビタン錠が処方されていたが、ノイロトロピン錠4mgを調剤、交付した。交付後患者からの申し出で判明。	薬剤名が類似していることでとり違えが起きた。普段使用している薬剤監査システムを多忙を理由に使用せずに調剤した。	どんなに多忙でも薬剤監査システムを利用すること	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
522	T100、T24、T114の処方箋を受け、そのうちT114と間違えてT14を渡してしまった。発注作業時に当日処方のなかったT14の空箱が出ていたため発覚した。患者はまだ服用していなかったため、影響はなかった。	T114は以前在庫不足になったことがあり、在庫数の確認に気を取られてしまって同じ色のT14を手に取ってしまった。	確認不足の一言に尽きるので、確認を徹底する	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
523	アデホスコーワ顆粒を３０包のところ３９包で出す	数え間違い	処方日数を確認して調剤する			アデホスコーワ顆粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
524	一包化調剤時、シートでお渡しするメトグルコも撒いてしまった。誤って1錠だけシルニジピンを回収していまい、そのまま交付してしまった。幸い服用前であったため、正しいものと交換した。	忙しい時間帯で回収したメトグルコを十分に確認しなかった。形状が似ていた為監査時にも見逃してしまった。	回収したり作り直した薬剤は調剤者と別のスタッフに確認してもらってからしまう。作り直したことを伝えて慎重に監査してもうらう。			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
525	ツムラ越婢加朮湯で処方されていたにもかかわらずツムラ黄耆健中湯で投薬。本人様気付かず2包服用。母親が子供の頃に服用していた漢方薬だと気付き、間違いが発覚。本人様、お薬を持って来て下さり、お詫びしお取替えしています。	漢方薬は番号一桁目で10色に色分けされているため28・98と同じ赤い帯の為間違いがおこってしまいました。	今後、漢方薬の帯の色のみではなく名称もしっかり確認	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
526	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）が処方されていたが、処方入力時に誤って「ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）」で入力されていた。鑑査・投薬した薬剤師は、処方通りの正しい漢方薬をお渡ししたが、入力間違えに気付かないまま投薬してしまった。	通常は、入力内容について鑑査時に処方箋と調剤録で記載内容を突合し、漢方薬の場合は薬袋記載の製品番号と薬剤が一致しているかを確認した上でお渡ししているが、当該事例発生時は混雑時で入力内容の確認が疎かになっていた。（処方箋の記載内容と薬剤の一致しか確認していなかった。）	混雑時であっても、必ず処方箋の記載内容と入力内容の確認は確実に行う。漢方薬については、薬袋や薬剤情報提供書記載の番号と現物が一致しているかを確認することで、入力間違えや調剤間違えに気付きやすくする。名称が類似している薬剤（治頭瘡一方と治打撲一方、苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯など）を事前に把握し、処方された際は一層注意を払うよう心掛ける。	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）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
527	ツムラ桂枝加朮附湯のところ、ツムラ桂枝茯苓丸を調剤。監査者が別であったため、それに気づいたため、お渡しの前に気付くことが出来た。	名前の「桂枝」が同じため、しっかり最後まで薬品名を確認することが重要である。	薬品名を最後までしっかり確認することを徹底していく	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（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
528	片頭痛と診断された授乳婦で、予防薬にインデラル錠１０ｍｇ３錠分３毎食後処方と、頓服で頭痛時インデラル錠１０ｍｇ1錠２０回分処方あり。投薬時にお話を伺うと頓服服用後12時間以上授乳を避けるようにと医師より口頭で指示があったと言われ、頓服薬の服用法に疑問を抱き疑義。インデラルは予防薬だけで、頓服にはイミグランを処方していたつもりだったと返答あり。頓服薬はイミグラン錠５０ｍｇ1錠２０回分に処方変更となった。	インデラルとイミグランと名称が類似していた	授乳中の服用も含めて理解が必要	インデラル錠１０ｍｇ	イミグラン錠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
529	5/1　アリセプトD5ｍｇが28日分処方されていたが、56錠のアルミ包装を開けずに1袋渡してしまった。5/30　ご家族が診察の際にアリセプトD5ｍｇがまだ28日分残っていることを話され薬局に連絡があり、ＧＳ－１チェッカー確認するとアルミ包装1袋開封せずお渡ししていたことが発覚。患者さんは用法用量守って服用していたため、体調に影響はなかった。残薬を持参いただき回収。	昼休み中の来局で対応が一人になってしまった。手順の見落とし：ＧＳ－１チェッカーを通す時に表示された錠数の確認が見落とした。監査時もアルミ包装一袋が28錠と勘違いした。	防湿問題なければアルミ包装は開封、開封が適さない商品は表示された錠数を監査時必ず確認する。ＧＳ－１チェッカーを通したときは表示された錠数と実際の薬品の錠数があっているか確認する手順を順守する。			アリセプトＤ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
530	カフェインが処方されており、賦形剤として乳糖を用いる指示があったが、調剤時にうっかり隣に置いてあった炭酸水素ナトリウムを計量し、そのまま監査を通して患者さんに渡ってしまった。直ぐに回収して服用なし。	調剤者；両薬剤が同じ形状の瓶に入って並んでいるので不注意で取り間違えた。分包中も粉質の違いに気が付かなかった。 監査者；散剤計量の際は、散剤監査機を通して計量薬品の名称と秤量を印字したものを監査後に投薬しているが、両薬品の外観が同じく白く、主薬品に注目して監査していたため、賦形剤の間違いに気が付かなかったと思われる。	薬瓶の置き場所を定位置にする。繁忙期であっても監査機の結果印字は必ず確認する。	乳糖水和物原末「マルイシ」	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	ツムラ麻杏甘石湯が処方されていた患者に症状の聞き取りをしたところ疑問が生じ疑義照会したところ、名称が類似している麻杏よく甘湯の間違いであることが発覚。すぐに調剤しなおして投薬した。	漢方は名前が類似しているものが多いため調剤の取り間違いや処方間違いがあることがある。	漢方は名前が類似しているものが多いため症状の聞き取りにあった漢方であるか確認する。取り間違いにも注意する。			ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
532	患者様にリボトリール錠0.5mgの処方あり。前回まではリスペリドン錠0.5mg（処方箋はリスパダールで記載）を服用されていたが、今回より変更となっていた。当該薬剤師は名称が類似している「リボトリール」と「リスパダール」を見間違えて調剤してしまった。鑑査機器に通した際にエラーが出たことで間違えていることが判明。患者様にお渡しする前に正しく調剤し直した。	長期間リスペリドンの服用を継続されていた患者様であったため、今回も変更なしだと思い込んだ結果「リボトリール」と「リスパダール」を見間違えてしまった。また、普段あまり応需しない医療機関であるため、処方の傾向や医師の考え方などを把握できていなかった。	自分の思い込みではなく処方箋の記載を第一とし、ひとつひとつ丁寧に調剤する。また、調剤事故を未然に防ぐためにも、今回のように鑑査機器の使用を徹底する。	リボトリール錠０．５ｍｇ	リスペリドン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
533	イノラス経腸用液（125mL１日１回　リンゴ味）の処方あり（初処方）、事務員は処方通りに用量とコメントを入力。後日イノラスの在庫数確認時にズレがあり、確認したところリンゴ味は187.5mLであったことが判明。薬剤師もフレーバーによる規格違いを把握しておらず、フレーバーと規格違いの疑義照会もできていなかった。発覚時に処方医へ連絡し、容量は187.5mLになることを確認、了承を得る。後日患者・家族へお薬手帳・薬情において規格違いの記載があったことを説明・訂正す。	イノラスのフレーバーによって規格違いがあることを認識していなかった。経腸用液の勉強不足。	特に初めて調剤する薬に関して、規格・用量について現物と処方箋を照らし合わせて丁寧に鑑査する。	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
534	ベタニス５０ｍｇで処方されていたところをベオーバ５０ｍｇでお渡ししてしまった。数日後、患者さんが来局されいつもと違うものが入っていると言われ発覚。	１文字目と薬効も規格（５０ｍｇ）も同じなため間違いやすいものと思われる。	棚にも注意書きをした。今回はチェック書きが漏れていたため、処方箋にも鉛筆書きでチェックを入れるように徹底する。	ベタニス錠５０ｍｇ	ベオーバ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
535	事前に分包されたベサコリン散で量っている途中に、アスパラKがベサコリン散と同じ容器に入っており、医薬品名をきちんと確認せずに取り違えてしまった。	外観が似ているものを同じ容器に保管していた。	品目ごとに保管場所を変える。	アスパラカリウム散５０％	ベサコリン散５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
536	患者の食欲不振等の症状に対してツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が初めて処方されたが、処方記載を見誤りツムラ抑肝散エキス顆粒でレセコン入力を行い調剤してしまった。監査でも見落してしまい、そのまま患者にツムラ抑肝散エキス顆粒が渡ってしまった。 翌日、処方箋と入力の確認を行っていたところ間違いを発見し患者に連絡した。 当日昼夕食後、翌朝と３回服用したが、昨日はよく眠れて、今朝は少し眠気は感じるものの薬による悪影響はなかったとのこと。 誤って薬を渡してしまったことを説明し、ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒に交換した。その経緯を処方医にも報告した。	間違えやすい薬剤であることの認識が不足していた。 処方箋を読みとる際、注意が足りなかった。	間違えやすい薬剤をリストアップし薬局内で情報共有、薬品棚に注意書きをつけて注意喚起を行う。 監査システムも入力を間違えればそのまま通ってしまうことを意識し、集中して処方箋を読みとり、調剤、監査を行う。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
537	タケルダ配合錠の一包化処方に対してタケプロンOD錠１５ｍｇで誤って調剤される。監査時に気が付き調剤しなおす。	一包化の際にはGS1コードによる認証を行っているが、チャック付き袋に入っていたバラ錠のタケプロンOD錠１５ｍｇにはバーコードが付いておらず強制的に認証していた。調剤者はタケプロンをタケルダと勘違いして分包していた。	GS-1コードのついていないバラ錠を使用して一包化調剤する際には、分包機にセットする際には2人以上でダブルチェックする。			タケルダ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
538	以前よりＡ診療所でアレロックOD錠5ｍｇ2錠分2を処方されていたが、蕁麻疹がひどくなりＢクリニックを受診してレボセチリジン塩酸塩OD錠2.5ｍｇ「タカタ」2錠分2等が処方され、アレロックは中止するよう指示があった。その後Ｂクリニックの薬がなくなる頃にＡ診療所を受診し湿疹部のかきむしりに対して薬を出してもらったとの話があったが、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇ3錠分3とレボフロキサシン錠500ｍｇ2錠分2が処方されていた。疑義照会し、レボフロキサシン錠ではなくレボセチリジン塩酸塩錠2.5ｍｇ2錠分2の処方であったことが判明した。	Ｂクリニックの医師が勘違い、又はクラークの入力ミスと思われる。患者への聞き取りが重要となる。	以前の疑義照会施行時に不在の薬剤師もいたため、薬の入力間違いと分かるまでにやや時間がかかったので、疑義照会した患者の情報シェアを朝礼等で行う必要がある。			レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」 レボセチリジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
539	院内でアリミデックス錠を服用されていた患者様。本日より院外処方でノルバデックス錠が処方されていた為、詳細を確認したところ、アリミデックス錠と間違えて処方されいていたと判明した。	ノルバデックスとアリミデックスの名称類似による処方間違いであったと推測される。	単純な1剤の処方であっても、必ず患者様と一緒に、処方内容に誤りがないかをしっかり確認する。	アリミデックス錠１ｍｇ	ノルバデックス錠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
540	自動錠剤分包機の充填ミスでカロナール錠500のカセッターにメトホルミン錠500ｍｇを幾つか充填してしまっていた。錠剤の大きさがほぼ変わりないため分包機でエラーが表示されずに一包化されてしまい、鑑査でも気づくことができず患者に投薬してしまった。投薬された患者が翌週にショートステイで訪れた施設看護師が印字が異なることを発見。薬局に報告いただいたことでミスが発覚した。	薬局でバラ錠のボトル品を開封した際は複数薬剤師がチェックすることをルールで定めていたが、一包化の変更があった際などに一度作った一包化の薬をバラしてカセッターに戻す際のチェックが徹底されておらず、チェックの質も低かった。	錠剤分包機のカセッターに薬剤を充填する際は、どのような場合でもダブルチェックを行うことを徹底するよう手順を変更。			メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」 カロナール錠５００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
541	漢方薬の調剤時、端数がなくなるため、新しい薬を開封したが別のお薬を開封して混ぜて患者様にお渡ししてしまう	同じお薬を開けたつもりがべつの薬剤であった。	監査時にしっかり薬剤をみて確認すること			クラシエ五苓散料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	ジエノゲスト0.5ｍｇ　14Ｔシートで180Ｔ必要なところ誤って10Ｔシートと思い込んで252Ｔピッキングされてしまった。鑑査時に気付き180Ｔに直して交付。	繫忙時で思い込みでのピッキングになったと思われる。	ピッキングのハンディに14Tシートである警告音と集めるシート数を表示されていることを再確認した。ピッキング者にも14Tシートの薬品であることを確認した。			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
543	一包化の中身を監査する前に、手動で入れるお薬をセッティングするリストと実際に入れたものを照らし合わせた際、クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」の代わりに、本来入っていないお薬(クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠２５０ｍｇ「サワイ」)が入っていたこと発見した。	ピッキングするリストにはクエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」と正しいお薬がかかれていたが、実際に取られていたのはクロルフェネシンカルバミン酸エステル錠２５０ｍｇ「サワイ」だった。当薬局の薬品棚は基本的にあいうえお順であり、同じ『ク』で始まる薬であること、同一メーカーであったことが要因であると考える。	分包機カセットに入れないもので、手動で入れるものに関しては現品と必ず照らし合わせて、ミスを排除していく。薬局内で情報の共有をすることで注意喚起する。			クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」 クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠２５０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
544	実際にはストミン配合錠が処方され調剤・投薬するところ、近くの棚のベミラストン錠と取り間違え投薬。後日、患者様が気付かれ薬局へ持参されました。	要因：外観が似ているための取り間違え・投薬時の思い込み。背景：繁盛時間帯である。	棚の位置を変更する。			ストミンＡ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
545	不足薬してしまった薬を準備しており、処方箋と合わせずに印刷された薬袋をみて薬剤を準備し、類似した薬剤と間違えてしまった。薬剤を確認した患者様本人から名前が違うと指摘され間違いに気づいた。バーコード確認での薬剤確認はしておらず、写真のみ残していた。確認不足。	不足薬が生じたときの準備手順や監査機器の取り扱いの遵守が必要	不足薬が生じたときは、該当処方箋との確認を怠らないことを徹底また監査機器の取り扱いの遵守およびルール作り	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
546	当該患者の直前にイグザレルトOD、スピロノラクトン一包化の処方がありがあり、計数調剤を行っていた。スピロノラクトンの計数調剤を行った際手に持っていたイグザレルトを誤ってスピロノラクトンの引き出しに入れてしまった。その後当該患者の処方にスピロノラクトンが処方され端数の錠剤が当該患者に渡った、鑑査者、交付者ともにシートは確認したが端数の方までは目がいかず患者に交付してしまった。その後次の調剤をする際スピロノラクトンの引き出しにイグザレルトが混入しているのに気づきすぐ患者に電話をし服用する前に取り換えることに至った。	少し繁忙な時間帯であり、計数調剤に追われ煩雑な行動をとってしまった。また当該医薬品のシートの色が若干似ていたため、引き出しに戻してしまった際気づくことが出来なかった。	繁忙な時間帯であろうと調剤する際一度俯瞰的にみる必要がある、鑑査、交付時においても今回のような事例があることを念頭に鑑査、交付するよう努める	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」	イグザレルト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
547	メトトレキサート錠２ｍｇ　２錠　朝夕食後２１日分が毎日の服用として処方されていた。薬歴記入時に気が付き、本人に電話した。今回転院後１回目の診察で、今までと同じように処方すると言われたとのこと。今まで別のクリニックでは週１回の処方で出ていた本人にも確認した。今回処方の先生に疑義後、２１日分から週１回３日分に変更となった。	処方が出た時に用法用量を添付文書などに確認する事を怠った事が原因である	特に新規の薬の際は用法、用量確認を怠らない			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
548	6/4に一般名処方（テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物口腔内崩壊錠）に対し、本来テネリアOD錠20mgを調剤すべきところ、誤ってデベルザ錠20mgを調剤、交付した。6/24に患者本人より電話があり、過誤が発覚した。	両製剤はともに20mgであり、薬剤棚の位置が上下に隣接しているため、取り間違えたと考えられる。	両製剤の棚に「類似名称あり」の札を付けた。	テネリアＯＤ錠２０ｍｇ	デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
549	6カ月前にリベルサス3ｍｇが初めて処方された。初回から28日処方が続いたが、2カ月前から35日分に変更になり奇数日になった。調剤者が10錠ヒート3枚と10錠ヒートを縦に切って5錠にしてピッキング。監査者はそのままユニパックに入れてお渡ししていた。前回お渡しした後で気づいて医療機関にトレーシングレポートで報告。今回から偶数日での処方に変更になっていた。	リベルサスは吸湿性の高い医薬品ということは承知していたが、PTPシートのミシン目以外の場所で切り離すことが推奨されていないことは意識していなかった。PTPシートのポケット部分は破損しないように切っていたので問題はなかった。	リベルザスが吸湿性が高く、PTPシートのミシン目以外の場所で切り離すことは原則としておこなわないように、全局員に徹底した。奇数日の処方が来た場合は医療機関に問い合わせをするように伝えた。			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
550	処方はブリモニジン点眼液だが以前処方されていたブリンゾラミドを投薬しようとしていた。	以前使用していた薬剤のためチェックしたつもりが投薬時に間違いと気づいた。慢心があったと思われる。少し名称が似ている為と思われる	ダブルチェックを怠らずに薬情の写真に注意する。	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％「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
551	電子処方箋の最初の紐付けを一般名が似ている異なった医薬品にしてしまい訂正ができないため入力者が気づかずそのままレセコン入力を行い、処方箋を印刷。電子処方箋は医薬品名と要領しかわからないため印刷した処方箋をもとに調剤を行い異なる医薬品をお渡ししてしまった。次回調剤の時に判明。クロルプロマジンの処方に対しクロミプラミンを紐付けした。	電子処方箋の場合一度紐付けを行うと訂正ができないため気づかずそのまま調剤してしまった	レセコンから印刷した処方箋を電子処方箋の原本の両方を確認するよう徹底			コントミン糖衣錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
552	デエビゴ5ｍｇがデザレックス5ｍｇでピッキングされており、鑑査時に気づけなかった。	デエビゴとデザレックスの調剤棚が近く、調剤者は手元をよく確認せずピッキングした。鑑査者は、重量鑑査機を問題なく通っていると判断しており、錠数、規格に気を取られていた。	調剤者は、重量監査機を通らなかった場合、鑑査者が一目でわかるような印をつける。調剤者、鑑査者ともに規格、錠数だけでなく、名称を確認することを徹底した	デエビゴ錠５ｍｇ	デザレックス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
553	リパクレオンカプセル150mg　12C×30日分（30シート）交付のところ、36シートでピッキング、監査時も気付かずに交付してしまった。別日に他患者ピッキング時に薬局在庫のズレに気付いた。	リパクレオンカプセル150mgは12Cシートである薬剤だが、10Cシートと勘違いし交付してしまったよう。当日はリパクレオンカプセル150mgは残薬ありとのことで、処方日数調整されていた。服薬コンプライアンスは不良であり、患者本人は交付過剰に気付かなかったと思われる。	通常の薬剤と違う包装数の薬剤があることを把握する。（リパクレオンカプセル150mgは12C/日服用の薬剤であるため12Cシート）包装単位が違う薬剤は目立つよう札を付けるなどし注意喚起をする。薬歴やレセコン頭書きにも注意喚起情報を記載し対応する。			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
554	継続でアスパラCAを処方の患者様。アスパラCAの在庫がなく、後発品の入手も困難であったため疑義照会を行って代替薬への変更を依頼したが、その際誤って適応の異なるアスパラカリウム散を提案した。病院からの了承を得られたためそのまま調剤を行い患者様へ交付した。その後、別の薬剤師が調剤録の確認を行っていた際に誤りに気付いた。誤って交付したアスパラカリウム散は未服用であったため回収し、アスパラCAの後発品を確保し交付した。	当時薬局にいた薬剤師は2名であったが、待合が混雑しており1名が投薬に追われていたため疑義照会から調剤・監査・投薬まで同一の薬剤師が行った。当該患者も待合で長時間待っていたため焦りから名称の類似した薬剤を取り違えた。疑義照会の際、病院から適応が異なるといった指摘はなかった。	薬剤の変更を行う際は添付文書等の情報を参照し変更が可能であるかを確実にチェックする。薬剤師が複数いるときは調剤と監査を同一人物が行うことがないよう役割分担を適切に行う。不足薬が発生した際は不足があることが分かった時点で患者様にその旨を伝え、代替薬を探す等の対応で時間がかかることをあらかじめ説明する。	アスパラ－ＣＡ錠２００	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
555	一般名の下にメーカー名を手書きで書いていたが、アンブロキソールとカルボシステインどちらも「タカタ」であったためアンブロキソールをカルボシステインと間違えて調剤した。	散剤調剤ロボットの中にはカルボシステインDS50％が入っているのに重複して調剤してしまった。ロボットからでるジャーナルを確認しなかったため。	ロボットに入っているものを確認し重複しないよう確認する。	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」	カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
556	処方箋記載はキサラタンが５ｍｌであり２．５ｍｌ/本なので２本必要だが、１本で投薬まで回ってきた。投薬時発見し修正。	本数記載ではなくｍｌ記載なので、包装単位によって本数が異なる。規格の確認漏れのため。	事例および2.5ｍｌ規格の薬剤を共有し、再発防止に努める。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
557	ゲーベンクリームが処方されていた。1本、とのみ記載されており、規格の記載はなかった。ゲーベンクリームでチューブのものは50gのものしか販売されていないので、1本は50g。しかし、事務員は1本何gかを確認せず、前回処方時100gと同様と思い込み、100gと入力した。(前回は2本で処方されていた)調製者は1本でピッキングしたが、調剤録チェック時に、100gになっていることに気付かず。その後、監査者が最終確認をしている際に、入力ミスに気付いた。患者交付前だったので、被害はなし。	処方箋に規格の記載がなかったため、何gか分かりにくかった。何gチューブかを事務員、調製者が確認しなかった。	処方入力の際には、思い込みをなくし、規格を必ず確認する。また、間違えやすい規格のものは一覧表を作成し、いつでも簡単に確認できるようにする。	ゲーベンクリーム１％	ゲーベンクリーム１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	患者に、カルボシステイン錠500ｍｇ1日3錠1日3回毎食後7日分、アモキサンカプセル10ｍｇ1日4カプセル1日4回毎食後・就寝前5日分、モンテルカスト口腔内崩壊錠10ｍｇ1日1錠1日1回夕食後7日分、フスコデ配合錠1回3錠咳がひどい時7回分が処方された。薬剤師は、患者への問診表の情報からうつ病、うつ状態治療剤であるアモキサンカプセル10ｍｇが処方されていることに疑問を感じ、処方医に疑義照会を行った結果、アモキサンカプセル10ｍｇは、アモキシシリンカプセル250ｍｇ1日4カプセル1日4回毎食後・就寝前5日分に変更になった。	医療機関の処方オーダーリングシステムの設定が頭文字3文字検索になっており、処方医がアモキシシリンカプセル250ｍｇを処方するために「アモキ」と入力し検索した際、薬剤名の頭文字3文字「アモキ」が一致するアモキサンが候補に挙がり、誤って選択したと推測される。	患者から聴取した症状や問診票、処方箋の薬剤構成を確認し、処方された薬剤の妥当性を判断する。不明点があれば、疑義照会にて確認する。			アモキサンカプセル１０ｍｇ アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
559	お薬の14日処方を前回処方の7日分でお渡しする	前回と同じと思い込んでお薬お渡ししてしまう	薬袋、薬情にて乗数等しっかり確認すること			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「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	
560	ピオフェルミンR錠21Tお渡しのところ、ピオフェルミンR錠16T＋デキストロメトルファン15mg「NP」5Tを輪ゴムで束ねられており、監査時気付かずにそのままお渡し。当該患者帰宅後、自宅で気付かれ翌日薬局へ持参された。	当該処方では両薬剤とも処方があった。ピオフェルミンR錠とデキストロメトルファン錠15mg「NP」は当薬局では斜めの位置に配置されており、調剤の際のピッキングで取り間違いと想定される。さらに、どちらも銀シートで見た目もやや類似していたため気づけずに監査を通してしまった。鑑査後、投薬者が患者を呼び出したが不在で、2回目の監査を行い、薬袋へ入れた。その後、患者が来局された際の投薬者は2回目の監査が済んでいることからも中身を確認することなくお渡しした。	輪ゴムで束ねる際、束ねられた薬剤を鑑査する際にはより注意をして調剤・鑑査を行う。2回目の鑑査が済んでいても、投薬時には再度中身の確認を行う。	ピオフェルミンＲ錠	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
561	患者本人よりツムラ８８の中に６８が数包混じっていたと薬を持参して来局。内服はしておらず、体調変化は特になし。	下一桁の番号が同一のため、薬剤を戻す際に誤って戻してしまった可能性があり。調剤、鑑査時に漢方を１つ１つ確認するのを怠った可能性があり。	薬剤を戻す際は細心の注意をはらって戻すようにする。また調剤、鑑査時には薬剤を１つ１つしっかりと確認する。	ツムラ二朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	一包化の機械で、スピロノラクトン錠２５ｍｇが不足となり、充填を行った。スピロノラクトン錠２５ｍｇを入れなければいけないものの、スルピリド錠５０mgを充填してしまった。	忙しい状況で、実習生と一緒に一方化を作っていたということもあり、急がなければという思いで、棚の隣同士で、シートの色も似ていて、名前も似ていた、スルピリド５０mgを充填してしまった。	どんなに忙しい状況でも、確認を怠らない。思い込みをしない。			スピロノラクトン錠２５ｍｇ「ＴＣＫ」 スルピリド錠５０ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
563	処方せんを受け付けることが少ないこどもクリニックからの処方で、処方薬は亜鉛華軟膏であったが、在庫のある亜鉛華単軟膏であると思い込み調剤して交付。後で他の薬剤師に違うことを指摘されて間違えたことが発覚。電話連絡し、使用前に交換することができた。	他店舗よりの応援スタッフだったため。剤名が類似しており、間違えやすい。	応援スタッフにもわかりやすいような薬剤の棚に注意喚起の表示をする。	亜鉛華軟膏「ニッコー」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
564	１包化で、１錠のところ２錠はいっていた。	確認不足	二人体制で確認をしっかりとする			アミティーザカプセル２４μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
565	当該患者に対し、一般名処方でプロクトセディル軟膏が処方されていたが、当該事務がプロスタンディン軟膏をピッキングしていた。監査した薬剤師が誤りを発見、交付前に修正することができた。	まず考えられることは、最初の２文字のみ認識し調剤に当たってしまったことで、思い込みによるミスであると考えられる。また、普段あまり触れる機会の少ない薬であったことも要因の一つとして推測される。監査薬剤師が気づいた端緒として、普段より利用している患者で、あまり処方されない皮膚潰瘍治療薬が処方されることへの違和感があった。処方薬と薬効・適応症が結びついていれば気づく機会があったかもしれず、経験の少なさも要因としてあったと思われる。	最初の何文字かで判断せず、薬品名のすべてを認識すること。普段扱わない薬を調剤する際は、ミスが起きやすい環境であることを認識し、より注意すること。以上を全職員で共有した。	プロクトセディル軟膏	プロスタンディン軟膏０．００３％		ヒューマンエラー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	般】ジクロフェナクナトリウム点眼液０．１％　２０ｍｌとの記載があった。用法で１日４～６回との記載があり、通常３回での使用が主。前回処方がジクアスＬＸ点眼液だったこともあり疑義照会をおこなった。般】ジクアホソルナトリウム点眼液３％　４瓶へ変更となった。	般】ジクアホソルナトリウム点眼液３％を処方予定だった。医療機関による一般名による入力間違いと思われる。	用法用量適応の確認			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	
567	当該患者は今までブデソニド吸入液０．２５ｍｇを使用していたが当日よりブデソニド吸入液０．５ｍｇに増量となっていた。ブデソニド吸入液０．５ｍｇは当薬局に採用が無い薬であった。入力した事務員は【般】ブデソニド吸入液０．５ｍｇを入力した際に該当する医薬品が表示されなかった為、レセコンの機能で拡張検索を行い表示されたブデソニド吸入液０．２５ｍｇを選択した。この際薬剤師への確認等は行われなかった。処方内容を監査した際に薬剤師が気が付き内容を訂正した。	拡張検索を行うと本来変更できない医薬品まで選択できてしまうため、使用する場合には薬剤師へ確認をするように伝達していたが当該スタッフはその作業の必要性を理解できておらず自己判断で入力を行った。	拡張検索を行うと調剤過誤へつながる可能性があるため、必要時には薬剤師へ確認を行うように改めて伝達した。また、他社のレセコンメーカーにおいても同様の事例があると聞いているのでそもそも変更できない医薬品が表示されないようにレセコンメーカーへ行政から指導する必要があると感じている。（一般名を指定するコードが一致すると表示されてしまうため、調剤過誤事故防止のためには機能要望を行政から行う必要があると感じています）	ブデソニド吸入液０．５ｍｇ「武田テバ」	ブデソニド吸入液０．２５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
568	セフカペンが処方されていたが、ピッキング時にセフジトレンを取っており監査時に薬剤師が間違えに気づきました。	セフカペンとセフジトレンが隣の棚にあり、名称が類似しているためピッキング時に間違えが起きたと考えております。	名称が類似している薬に関して、棚の配置をずらしたり注意書きなどを書いて貼っておく事が大事だと考えております。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠７５ｍｇ「トーワ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	従来、カリメート散で出ている患者さんの処方名が一般名「ポリスチレンスルホン酸ナトリウム」となっていたのを見落とし、ポリスチレンスルホン酸Ca散（ケイキサレート散）と間違いを起こすところであった	K系イオン交換樹脂の陽イオンがカリメート以外全てCa、カリメートのみNaという知識の不足、処方したDrも、今後の選定療養に対する変更を意識していた為、その点を処方医、薬剤師、疑義照会に対応した看護師ともに理解していなかった。	一般名でも塩（つまりは一字一句）まで相違ないかの確認の徹底をおこなう少しでも処方内容、以前との違和感を感じたらきちんと相手に伝わる形での疑義照会を行う	ケイキサレート散	カリメート散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
570	一般名サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇの薬局での採用がなく、薬局で採用がある剤形違いのサラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇで入力	剤形違いに対する認識の甘さ、薬局での採用薬の有無で細かい部分の確認がおろそかになった。	規格のみでなく、徐放や腸溶錠などの違いで、薬が異なってくることの認識を高めること。レセコンでの入力において、剤形違いや規格違いのコマンドを使う際は十分に注意し、確認してから使う必要。	サラゾピリン錠	サラゾスルファピリジン腸溶錠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	
571	イミグランキット皮下注3ｍｇ　6筒　頓用頭痛時の処方。12筒調剤し交付するところだったが別薬剤師が交付前に気づいて指摘、正しい数量をお渡しした。	2筒が1包装となっている薬剤であった、調剤監査機器アテルノを使用していたがアテルノに登録されていた重量データが誤っており、1包装＝1筒で登録されていた。調整者は3包装6筒と正しい数量をあらかじめ用意していたが、アテルノを通す際にエラーが出たため6包装12筒で鑑査機器を通し、交付者へと渡していた。	調剤監査機器アテルノにおける重量データを訂正、今後は倍量調整のような秤量エラーが起こらないように対応した。			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
572	6/17　8:30　処方箋を持参して来局。【般】プレガバリン口腔内崩壊錠25mg 6T　3×毎食後のところを、フェブキソスタット錠20mg「FFP」を誤って、ピッキング。監査時に、誤りに気が付き、プレガバリンOD25mg「ケミファ」と交換し、患者様本人には、正しく交付した。	ヒートデザイン・色が酷似しており、オレンジ色だった。朝の出だしと言うこともあり、焦り・慣れに加えて、うっかりミスが出たと思われる。	薬同士によっては、ヒートデザイン・色が酷似しているものが多いので、薬品名まで、しっかりチェックすること。どんな状況においても、落ち着いて、気を引き締めて、調剤・ピッキングすること。	プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「ケミファ」	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＡＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	セファレキシンカプセルで入力しなくてはいけないところをセファクロルカプセルで入力してしまった。薬剤師が処方監査時に発見	慣れないスタッフが入力を焦ってしまった。	間違えそうな事例に関しては、スタッフ同士で随時共有する	セファレキシンカプセル250mg	セファクロルカプセル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
574	一包化の患者様の薬がグリメピリド0.5mg→1mgに増量。グリメピリド0.5mgを一包化から取り出しグリメピリド1mgに変更している際に、錠剤の大きさが似ているニコランジル5mgを間違えて取り出した。念のため取り出したグリメピリド0.5mgが合っているかどうか、監査者に見せたところその中にニコランジル5mgが混ざっていたことが発覚。	グリメピリドもニコランジルもどちらも錠剤の大きさが似ており、刻印もはっきりしないもののため調剤時（一包化修正中）に見落とした。薬局が混雑していない時間だったためゆとりをもって監査、薬剤指導時のコミュニケーションがとれたため発覚できた。	似ている錠剤があるときは抜き取った後の錠剤も監査者に確認してもらう。			グリメピリド錠０．５ｍｇ「ＡＡ」 ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
575	出荷調整のビタミン剤がなく色々薬局を回って当薬局に流れ着くノイロビタン錠をぱっと見てノイロトロピン錠と見誤って対応	新医療機関・新患はマイナンバー・薬手帳を持参していれば必ず確認する	名称類似薬を洗い出し注意喚起の名札作成	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
576	規格間違いでお渡ししていることが発覚。発覚時、既に服用完了していた。当該患者は6/7に再受診・来局しており、その際に規格違いに起因する体調悪化は起きていなかった。	Faxから入力を行った際に、規格を誤って入力してしまっていた。当該処方は感冒への処方であり、普段処方されているものとは違う規格であったが、普段通りの処方であると思い込み入力を行っていた。	Fax入力の際は規格入力時に目立つような色でFaxに記載を行い入力する	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
577	フォシーガ錠５ｍｇを含む一包化を作成し、監査・交付した直後に分包機より錠剤が一錠残っていることを確認。交付者はその薬剤をフォシーガと思い込み、薬局の在庫を確認したところ1錠多いことに気付き患者へ連絡。患者宅で一包化の中身が間違っていないことを確認した。薬局に戻り再度錠剤の印字を確認すると薬剤はフォシーガ錠５ｍｇではなく、デエビゴ錠５ｍｇであった。デエビゴ錠５ｍｇの在庫を確認すると在庫の数も理論の値とあっていることを確認した。	フォシーガ錠５ｍｇの一包化を作成した直後に錠剤が発見されたため、錠剤をフォシーガと思い込んでしまった。フォシーガ錠５ｍｇとデエビゴ錠５ｍｇはやや色の濃さが違うが、大きさや裏の印字は同じため、表の印字を確認しないと気付きにくい。	一包化調剤する前後は中に薬剤が残っていないか確認する。監査する際は印字までしっかりチェックする。思い込みで薬剤を元に戻さないよう薬を戻すときは二人以上でダブルチェックする。			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
578	ジャディアンス錠25ｍｇ処方の所　ジャヌビア25ｍｇで調剤・監査・投薬してしまった。朝の体制が薄い中で薬剤師が自己監査してしまった。患者様が帰宅後に発覚、服薬には至らなかった。	思い込みで自己監査してしまったことが原因。患者様を待たせることになっても焦らず、必ず複数人で確認しなければいけなかった。	自己監査はしない事。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
579	門前の小児科クリニックからの処方箋でアスベリン散10%の用量が多く記載されていた。患者は12歳で錠剤での服用も可能であるが、アスベリン錠10ｍｇ、20ｍｇが供給不安定のため在庫がないことがあると事前にクリニックへ伝えていた。そのためクリニックは錠剤の在庫がない場合は錠剤が服用できる患者でもアスベリンドライシロップ2%またはアスベリン散10%で処方されていた。今回の処方箋にはアスベリン散10%の1日量が3ｇと記載されており、アスベリン散10%としては１日の最大量以上の量であった。小児科のクリニックへ電話で疑義照会し、アスベリン散10%の1日量が0.5gへ変更になった。	クリニックがアスベリン散10%とアスベリンドライシロップ2%を間違えて処方箋入力していたため起こったと考えられる。現在供給不安定により小児科のクリニックはアスベリンドライシロップ2%とアスベリン散10%を併用して処方しているため処方医が見間違えしたと考えられる。	薬局としては、アスベリンドライシロップ2%とアスベリン散10%のどちらで処方箋の記載がされているかの確認の強化、患者の体重と処方量が適切か毎回計算し確認することを行う。			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
580	(般)サラゾスルファピリジン錠(500)で処方をきていたが、(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠(500)で投薬した。投薬後、事務が調剤録を確認している時に、(般)サラゾスルファピリジン錠(500)で処方がきているのに気付き、病院へ問い合わせたところ(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠(500)の間違いであることが発覚。	通常、当薬局では(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠(500)でしか、処方がこないため、腸溶錠が抜けている事を見過ごしてしまい、腸溶錠でお渡ししてしまった。通常は投薬前に疑義すべき事案だが、いつも通りという心理が働き、投薬後まで気付かなかった。	適応が違う似た薬には特段気を付ける必要があるが、まずは処方が正しいかを疑い見る。普通錠・腸溶錠まで確認し、調剤する。			サラゾスルファピリジン腸溶錠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
581	一般名処方(【般】エリスロマイシン錠２００ｍｇ)だったが、一般名の選択を誤ってエリスロシン錠２００で入力してしまい、調剤・鑑査・投薬でも気がつかずにお渡ししてしまった。	調剤者・鑑査者ともに知識不足、エリスロマイシン錠２００「サワイ」とエリスロシン錠２００が同一成分であると思い込みがあった。エリスロマイシン錠２００「サワイ」は在庫がなかった。	調剤時、一般名と箱に記載されている成分名を照らし合わせる。異なる場合には調べてから調剤を行う。鑑査時、処方せんを声に出して読み、支援シートの一般名を細かく区切マルをつけていく。一文字でも異なれば調べる。注意喚起の札を作成、局内名称にも注意喚起文を入れた。	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	エリスロシン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
582	処方はノイロトロピン錠のところノイロピタン錠を取り違えてお渡し、患者様から連絡がありお詫びして交換させて頂く。	名称類似品に係る意識や注意力が不足していた。	名称類似品については薬品棚配置場所を離して取り違えを起こしにくくし、薬品名を読み上げてからピッキングや監査を行うよう注意する。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
583	ナウゼリンOD10ｍｇを調剤しようとしたら、その中にニトロール錠5ｍｇが混入していた。	ニトロール錠5mgを処方された患者がいたが、本人が余っているから必要ないとのことで、事務に箱に戻すように伝えていた。外観が類似していたため、ナウゼリンOD10ｍｇの箱に入れてしまった。	箱とシートの名前をきちんと確認する。ダブルチェック。薬を戻す時は、事務ではなく薬剤師が行う。			ナウゼリンＯＤ錠１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
584	ヒアリング、採血結果によりプレドニゾロンの服用量が増えていることに疑問を感じＤｒに疑義照会。採血の結果ではCRP値0.09→0.05へ改善しているのにも関わらず、プレドニン錠5ｍｇ1錠（5倍量）が処方されていた。患者も理解できていない。何らかの意図があるかもしれないと思い、疑義照会。Drのプレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）との入力間違いであることが判明。	Drが類似薬品名を確認せず入力してしまった可能性が高い。	患者へのヒアリング、検査数値などと処方内容を照らし合わせ疑問に持つことが重要。			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
585	診療所の処方箋を受け取ったところ、リンデロンVクリームとオイラゾンクリーム10%が処方されていた。ステロイドが二つ併用されていたので医師に疑義照会したところオイラゾンクリーム10%がオイラックスクリームに変更になった。	名前がよく似ているためであると考えられる	情報共有を行う			オイラックスクリーム１０％ オイラゾンクリーム０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
586	リマプロストアルファ錠サワイのボトル錠にエスゾピクロン錠1ｍｇ　トーワが混入しており、リマプロストアルファ錠の1包化の薬にエスゾピクロン1ｍｇが混入、監査者もしっかり確認せず、14日分のうち3個混入していることがわからず、交付していしまった。薬局でボトルへの混入が分かりすぐに患者宅に伺い、回収に至った。	分包したものをバラして戻すときに、よく似た印字のバラボトルに戻してしまった。全ての作業を一人の薬剤師がしていたため、思い込みにより間違えることになった。調剤者、監査者もしっかり分包した薬を見ていない、確認していなかった。	分包したものをばらして、戻すときは必ず2人の薬剤師が確認して戻すことを徹底します。1包化の時は、必ず、調剤者、監査者も薬の刻印、印字を見て確認する。	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	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
587	耳鼻咽喉科にてエリスロシンドライシロップW20%の処方を受付。当患者は、心臓移植後の免疫抑制目的にてプログラフ顆粒を服用中であった。エリスロシンとの併用は慎重投与ではあったが、プログラフの血中濃度が上昇し、腎障害やコントロール不良となる可能性が考えられたため処方医へ疑義照会。セフジトレンピボキシル小児用細粒10%へ変更となった。	・同年、同患者で別の医療機関にて処方されたクラリスロマイシンにより、プログラフの血中濃度が高くなり、予定外で受診が必要になった事例があった。・添付文書上、慎重投与であっても現疾患との治療の優先順位を考慮して鑑査を実施するべきである。	・レセコンの患者メモにて本事例を簡潔に記載し、薬剤師だけでなく入力の調剤事務スタッフにも注意を促す・エリスロマイシンやクラリスロマイシンは一時的に服用することが多いが、相互作用により影響が長期にわたる可能性があるため注意が必要である。			プログラフ顆粒０．２ｍｇ 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
588	もともとプロノンを服用中の患者さま。今回プロノンではなくプロパジールが処方されており服薬指導時に薬の変更がないということで発覚。薬が違うため疑義したところプロパフェノンの間違いであった。	病院の処方での誤り。お薬手帳を持ってきていたため確認ができた事例。名称が似ているため間違っていたが薬の内容が全く違うためそのまま交付していたら患者さまへの健康被害がでていたおそれがある。	お薬手帳の内容をしっかり見るようにし、薬が違う場合は変更になったか確認をすることが重要。			プロパジール錠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
589	ＰＴＰシート・錠剤の色等が類似しており調剤棚が左右同士で調剤誤る。投薬後、患者より連絡あり交換に自宅に伺う	焦りがあり注意して調剤する	調剤棚を近くに置かない	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「ＮＰＩ」	ジルムロ配合錠ＨＤ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
590	処方内容は一般名「酢酸ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤軟膏」であった。調剤者は「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏」と勘違いし、ヘモレックス軟膏を調剤した。事務員は調剤者に確認し、ヘモレックス軟膏を調剤していたことから一般名「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏」を選択し、ヘモレックス軟膏で入力を行った。鑑査者及び交付者は、整形外科からの処方であり、患者との会話より膝に塗布すると聞き取りを行い、疑問に感じていたがそのまま交付してしまった。翌日、やはり疑問に感じ再検討したところ、薬剤の取り違いに気づき患者への連絡を行った。患者はまだ使用しておらず、健康被害等の発生はなかった。	処方箋の一般名の記載が「ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏」であったことから、「酢酸」の部分を見落としたことが要因と考えられる。レセコンの厚労省一般名と、処方箋に記載される一般名が異なることも注意が必要である。事務員の入力においても、「ヒドロ・・・」で検索すると「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」が表示されず、「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏」しかないと思い込んでしまった。「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」を選択するには「サクサン・・・」で検索しないと表示されない。交付者については、患者との会話から疑問に感じた時に再検討すべきであった。	今回の事例を薬局内で周知し、同様の誤りが起こらないように共有する。また、目にしたことがない一般名の場合は2人以上で医薬品の特定を行う。交付者においては、疑問に感じたことがあれば、一度立ち止まり再検討するように徹底する。	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
591	患者は普段は中小病院に受診、調剤は近隣の薬局で行っていた。当日は混んでおりそこでの調剤を受けず当局を選んだが当該患者の受診記録こそはあったものの本剤の処方は新規となっていた。処方箋内には先発名で記載されていたが在庫がないと表示され後発品での対応となった。改めて患者の来局時にお薬手帳を拝見すると本剤の服用記録が記されており継続処方であることが判明した。	本剤を含めて新規での服用か継続での服用かはお薬手帳の存在が大きな意味を持つ。新規であるならば服用タイミングや起こるであろう副作用の説明など丁寧に行っていく必要がある。	患者が来局時にはお薬手帳の有無を確認していくことが重要であると感じた症例であった。	ルナベル配合錠ＵＬＤ	フリウェル配合錠ＵＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
592	４種類の薬の処方箋継続服用中のお薬一般名記載の処方で、テルチアBP「サワイ」を交付しなければならない所を、テラムロBP「サワイ」で調剤、交付してしまっていた。	多忙であった。継続服用中の薬で、交付時も患者様からの指摘や違和感なども無く、思い込みで交付してしまった。	翌日患者様からの問い合わせがあり、本来のテルチアＢＰと取り換えさせて頂いた。テルチアを交付する患者様が今の所少ない事から、テルチアを継続処方されている患者様については、電子薬歴のポップアップや処方患者の名前を箱に記載するなどして改善していく。	テルチア配合錠ＢＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＢＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
593	包装シートが酷似している2種類の取り間違いミス。対象患者の再来局で指摘があり発覚。患者様は服用前に気づいたので健康被害はなし。	戻し薬としてキープしてある医薬品を指定の箇所に戻す際にミスがあり、そのまま調剤してしまい過誤が発生した。30錠中20錠はアトルバスタチンを渡し、10錠ファモチジンが混在していた。	医薬品を棚に戻す際はハンディを一つ一つ通し、処方鑑査時は輪ゴムでくくられているものの中身まで必ず確認し、重量鑑査のみに頼らず、自分自身でも意識して確認することを徹底する。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	ファモチジンＯＤ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
594	「ニセルゴリン錠5ｍｇ『サワイ』」でお渡ししないといけないところを、「ニコランジル錠5ｍｇ『トーワ』」でピッキングしてしまい、鑑査を通過し、投薬してしまった。投薬後すぐに患者様からの電話で間違いが発覚した。患者様は服用しておらず、薬局に引き返していただき、正しい薬をお渡しすることとなってしまった。	薬局内は何人か待っている患者がいる状況だった。薬局の棚には「ニセルゴリン錠5ｍｇ『サワイ』」と「ニコランジル錠5ｍｇ『トーワ』」が混在していた。調剤者と鑑査者は別の者が行い、投薬者は間違いに気づかず、お渡ししてしまった。患者様は２週間前に初めて「ニセルゴリン錠『サワイ』」を服用し始めた状況で今回の処方内容での来局は２回目であった。調剤者は「ニセルゴリン錠5ｍｇ『サワイ』」であると思い込みピッキングしてしまい、鑑査者も間違いはないと思い込み、数のみの確認で通してしまった。すべて、思い込みによる部分が多いと考えられる。　また何人か待っている患者様がおり、調剤者、患者者、投薬者それぞれが早くお渡ししようと精神的な焦りもあったと考えられる。	同じ５文字と５ｍｇと規格が同じなため、取り間違いを防ぐため、「ニセルゴリン錠5ｍｇ『サワイ』」と「ニコランジル錠５ｍｇ『トーワ』」が混在している棚をやめ、それぞれ別の棚に移動し離した棚位置とした。調剤者、鑑査者、投薬者ともに、薬剤名、規格、数の確認など手順を徹底した。また、来局患者が複数おり、精神的な焦りが出た際は待ち時間が長くなるよりも間違った薬をお渡ししたほうが、患者様への精神的、身体的な苦痛が大きいことを考え落ち着いて調剤するよう考えを共有した。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
595	フェブキソスタット錠４０ｍｇ３錠分１で処方同時にカルケンスカプセルも処方されており、カルケンス服用１日前からフェブキソスタット服用開始するよう指示あり処方内容からも腫瘍崩壊症予防のためのフェブキソスタット処方であることは、判断できたが、その用量が６０ｍｇ最大であることを失念し、１２０ｍｇで処方されている事に違和感を感じずに交付してしまった。交付後、別の薬剤師から６０ｍｇ用量でないかと問いかけがあり、添付文書を再度確認し、疑義照会し２０ｍｇ３錠に変更となった交付後だったため、４０ｍｇは回収し、２０ｍｇで再交付した	カルケンスカプセルの手配が困難で、服用開始日に納品が間に合わないなど、医療機関の予約日を変更したり、開始日の変更をして慌てていた。当面薬局内にあるフェブキソスタットのみ渡して、後日カルケンスカプセルを受け取りに来ることになったので、慌てて交付してしまったことがきちんと内容を精査せずに渡してしまった要因	投与前には添付文書で用法用量が正しいかを確認して交付する			フェブキソスタット錠４０ｍｇ「ＪＧ」 フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＪＧ」 カルケンスカプセル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
596	スプラタストCp100mgを126Cp払い出すべきところ、調剤者がスプラタストCpを26Cpとアルミ包装に入ったジルチアゼム徐放Cp100Cpを調剤した。鑑査者は気づかず、そのまま患者に交付した。患者本人がアルミ包装を開けた際にいつもとシートの色が違うことに気が付いて薬局に連絡し、交換した。	以前にスプラタストCpとジルチアゼム徐放Cpを棚に戻し間違えて調剤したことがあったため、注意喚起をして隣合っていた棚の位置を変えたが、そのことが頭にあり、ジルチアゼム徐放Cpを調剤してしまった可能性がある。鑑査者は26Cpはスプラタストで合っていたため、アルミ包装もそうであると思い込み、確認不足であった。	二つの薬剤の棚をさらに離しておく。アルミ包装に書かれた表示の確認を怠らないようにする。	スプラタストトシル酸塩カプセル１００ｍｇ「サワイ」	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
597	処方箋を前日に受け取り調剤監査を実施。当日の朝、お渡し時にビオスリー配合散がビオフェルミン配合散であることに気付きすぐにビオスリー配合散へと交換。	平素より来局いただいてる患者様で、処方内容も数年継続。調剤時、監査時ともに慣れにより数の確認に注視し薬品名の確認を見落とし。	初心に戻り、いつも来ている内容の処方でもしっかり薬品名を確認。間違いが多いものには薬品棚等に注意喚起の印をつける。	ビオスリー配合散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
598	アセトアミノフェン300mg錠のカセットに200mg錠が充填されて、混じってしまっていた。	錠剤自動分包機のカセットがとなり合わせなので、補充するときに300mgのところに200mgを入れてしまっていた。	ダブルチェックをマストにしている。ルールを順守することと一人では絶対行わない。			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
599	5/13ツムラ抑肝散のみ処方、交付を行った。5/25ご家族様が来局、ツムラ半夏瀉心湯が混在していたと話あり。当該患者には、ツムラ半夏瀉心湯は処方歴がなく誤って調剤されたと判明。ご家族様が薬の管理をされており、幸い服用には至らなかった。謝罪を行い、正しい薬への交換を行った。	漢方を50音順で整頓していたが、ツムラ抑肝散、ツムラ半夏瀉心湯は横並びに配置していた。小包装を複数使う調剤だったが、まとめて取った在庫が同配色(黄色)のため、同じ薬品であると認識したことが主な要因である。	同配色の漢方は、横並びの配置を避ける。監査の際に箱毎、帯毎、端数は全て名称と番号を確認するようにして、すべてが同じ薬剤であることを確認する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
600	6月15日(水)11時ごろに平素より当薬局を利用している患者様（1歳）とご家族が来局。ホクナリンテープ0.5の処方があった為、薬剤師A（調剤経験年数11年）は処方せん通り調剤。薬剤師B（調剤経験年数5年）は規則にのっとり監査システムを使用し、監査→投薬を行った。ホクナリンテープ裏面には使用期限の記載はあるがその確認はスルーし患者様へ交付。交付翌日2回目の貼付を行う際に患者様家族が期限を確認したところ、2023年12月のものと発覚。当薬局へ連絡があり期限切れのホクナリンを交付してしまったことが発覚した。	基本的には社内のシステムを使い期限管理を行っているが、調剤時に新しい期限のものから使用してしまい古い期限のものが残ったままになっていた。	調剤時かならず早い期限のものはないか確認し、古いものから払い出しを行うよう徹底する			ホクナリンテープ０．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	一包化の入れ間違い、白い錠剤で外観が似ているため。注意しながらやっていたつもりだが間違えてしまった。	慣れや疲れがあったが、不注意が原因。	監査、ダブルチェックのおかげで、未然に防ぐことができた。			ナディック錠３０ｍｇ フェノバール錠３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
602	エソメプラゾールカプセル10mg「トーワ」を調剤するところ、誤ってエソメプラゾールカプセル20mg「トーワ」を調剤。監査者が発見し、交付前に変更した。	繁忙期であった	業務手順の徹底			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
603	処方せん記載：アスパラ-CA　レセコン入力・ピッキング：アスパラカリウム錠300mg　の取り違え投薬時に担当の薬剤師が気付き、訂正して交付	アスパラ-CAについては、最近までGE品（L-アスパラギン酸）を調剤していたが、出荷規制により入荷が滞っているために、先発品であるアスパラ-CAに切り替えたそれまで当薬局では「アスパラ」を含む製品はアスパラカリウムだけだったために、思い込みからレセコン入力、確認不足からピッキングが行われてしまたった	入荷が滞ることの多い製品については、GEから先発品に戻さざるを得ない状態が続いているGE⇄先発が発生した場合に、レセコン／調剤室に警告文書を掲示するスペースを設け注意を喚起することとした	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	医師がトフラニール錠10mgを処方する予定がトリプタノール錠10ｍｇを誤って処方してしまった	5/11にトフラニール錠25ｍｇの処方あったが出荷停止で入荷しないため次回よりトフラニール錠10ｍｇで処方か他剤に変更して処方してほしい旨を類似薬の出荷状況と合わせて情報提供した。情報提供後、5/18にFAXで処方箋を受付けたところトリプタノール錠10ｍｇの処方があった。トリプタノール錠10ｍｇは出荷調整で入荷しないため病院に疑義照会したところ処方削除になった。しかし、その後患者来局時にお話を伺うと、医師はトフラニール錠10ｍｇを処方すると言っていた旨を聞き取りしたため再度病院に疑義照会を行ったところトリプタノール錠10ｍｇ→トフラニール錠10ｍｇに処方が変更になった。	患者とのコミュニケーションにより発覚したヒヤリハットのため、引き続き処方内容の確認は患者と徹底していく。			トリプタノール錠１０トフラニール錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
605	炭酸リチウム200mgのピッキング中、棚在庫が無くなったので棚上から在庫を取り補充を行った。ピッキング終了後、調剤監査機器を使用し監査を行った際エラーが発生し、間違ってリーマス200を補充してしまったことに気づいた。	炭酸リチウム200mg「大生」とリーマス200はオーソライズドジェネリックのため外箱・PTPシートの外観ともに酷似しており、それによって間違って補充を行ってしまった。疲労による集中力の低下も要因の一つと考えられる。	今後は薬品名・規格をきちんと確認してから補充を行うことを徹底していく。			炭酸リチウム錠２００ｍｇ「大正」 リーマス錠２００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
606	ジルムロHDのところカムシアHDで調剤し、投薬時に取り間違いが発覚	アジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠のところ入力時に前回処方のままカンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠出力し、帳票類で商品名を確認し調剤してしまった。	入力の複数回チェックと処方箋のみでの調剤を徹底します。	ジルムロ配合錠ＨＤ「トーワ」	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
607	施設在宅の予製を忙しい中行っていましたが、シグマート錠５ｍｇのジェネリック薬をニセルゴリン錠５ｍｇと勘違いしてしまい、調剤しました。お薬の監査時に間違えが発覚して予製しなおしました。	一人薬局で、調剤、監査、投薬を行っていますが、外来の患者様応対の時には必ず３回くらいは確認してお薬をお渡ししています。忙しい中の施設在宅予製調剤を行うときにシグマート錠５ｍｇのジェネリック薬をニコランジル錠５ｍｇと確認せずに調剤してしまいました。	調剤を予製するときに前回処方せんのコピーを見ますが、コピーに赤字で調剤したジェネリック薬名を記載し、確認しやすくすることを徹底する	シグマート錠５ｍｇ	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	処方箋は一般名だが、もともとメチコバールを希望されていた患者である。最初、処方日数は40日分と記載されていたが服薬指導の会話のなかで処方日数に誤りがあり30日分が正しいことが分かった。問い合わせ・入力変更・調剤直し・錠剤監査システムに通す・監査直しをしているうちに、余ったメチコバールを「メコバラミン」の棚へ戻してしまったことに気が付かなかった。その数日後、メコバラミンの調剤をしていた別の薬剤師がメチコバールが混入していることに気が付き発覚。	表面(おもてめん)のデザインがほとんど同じであり、患者と会話しているうちに「普段良く出るメコバラミンではなくメチコバールである」ということを失念していた。	棚戻しをする際には、誰か別の視点を借りて、ダブルチェックしてから戻す。			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	
609	ツムラ加味逍遙散の処方に対し、ツムラ加味逍遙散の中にツムラ抑肝散が混じっていた。	ツムラ加味逍遙散が２４番。ツムラ抑肝散が５４番で、色がどちらも黄色で、隣接して置いてあった。	同じ色の漢方薬を隣接して陳列しないように、配置を変更した。	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
610	ガチフロ点眼液が処方されたが、誤ってシアノコバラミン点眼液を患者様にお渡しした。	ガチフロ点眼液とシアノコバラミン点眼液がどちらも同じ引き出しに入っており、お渡し間違いの原因となった。患者様が混雑しており、監査が行き届いていなかった。	外見が類似している薬は、引き出しを分ける。忙しい時こそ、複数のスタッフ間で渡す薬に間違いがないかダブルチェックを行う。	ガチフロ点眼液０．３％	シアノコバラミン点眼液０．０２％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	一般名にてプラバスタチンNa錠10mgが３錠３×毎食後にて処方されており、極量を超えていたため医院に疑義照会をかけたところメバロチンではなくメチコバール錠500μg処方とのことで変更となった。	先発品のメバロチンとメチコバールの薬品名が類似していたため医院の入力の段階で薬品選択を間違えたと思われる	今回は極量を超えていたため発見することができた。初来局の患者であったので初回の聞き取りや処方箋監査をしっかり行うことが必要だと思われます	メチコバール錠５００μｇ	メバロチン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
612	ツムラ消風散７．５ｇ分３毎食前で処方されていたが、患者様にツムラ防風通聖散でお渡ししてしまい、翌日患者家族が薬をもって来局し、間違った薬をお渡ししたことが発覚した。患者様のは正しい薬をお渡しし、謝罪した。患者様は服用していない状況だった。	ツムラの製品は番号順に並べており、その場合取り間違うことは考えられにくい。処方頻度として、ツムラ防風通聖散が明らかに多い。番号も消風散（２２）と防風通聖散（６２）と似ており、色も緑と同じであり、調剤者、鑑査者、投薬者が処方頻度が多い防風通聖散と思い込んでしまったことが要因として考えられる。	調剤、鑑査、投薬者それぞれが薬の名称、規格、数を確認するという手順を再確認した。また、処方入力時、漢方薬に関しては番号をレセコン画面に表示するようにし、入力者が漢方薬の番号を声掛けするようにした。今回間違えた患者様の患者メモ欄にも漢方薬を間違えないよう注意を促す表示をした。	ツムラ消風散エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
613	スルピリド細粒とベサコリン細粒が良く処方されている機関で、スルピリド細粒の調剤のところベサコリン細粒で調剤してしまった。監査時にボトルの確認で判明	忙しい事と、慣れなど集中力にかけていた	しっかりと名称規格の確認をしてから調剤スタートすることを徹底していく。			スルピリド細粒１０％「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
614	・ビオフェルミン散剤の調剤で印字が抗生物質、用法も朝夕食直前のところを朝夕食後の印字。・クラバモックスの0.505g包装しか在庫してないが、薬情は1.01gで、1回1包のままになっていた。(いつも手書きで2包に訂正する)	・クラバモックスが処方されており、いつもと用法が違うが確認不足・薬局の在庫の確認不足	・入力時に再度確認徹底する・薬局の在庫と量を確認する			ビオフェルミン散剤 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
615	整形外科受診で、ロキソプロフェン錠６０ｍｇに併せて、トロキシピド錠１００ｍｇが処方されていた。一般名入力において、トロキシピド錠１００ｍｇ（アプレース）を入力しなければならないところを、一般名ドロキシドパ、ドプスＯＤ錠１００ｍｇで入力した。	トロキシピド錠１００ｍｇの使用実績は当薬局には少なく、一般名入力で「トロキ」と入力するとドロキシドパ、ドプスＯＤ錠１００ｍｇが候補として挙がってくる。ロキソプロフェン錠とドプスＯＤ錠の組み合わせに違和感を感じて入力ミスを発覚。	一般名処方、商品名処方のいずれにおいても確認をしっかりとする。類似の医薬品、医薬品コードの存在を認識するようにする。	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」	ドプスＯＤ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
616	トルバプタンＯＤ７．５ｍｇトーワをピッキングしようとした際、リザトリプタンＯＤ１０ｍｇトーワが棚に６錠入っていることに気が付いた。交付前に正しい場所に戻したため、患者には渡らなかった。	トルバプタンＯＤ７．５ｍｇトーワとリザトリプタンＯＤ１０ｍｇトーワの箱や名称が似ていたため、間違えたと思われる。	間違えが起きたことを共有し、それぞれの保管場所を再度確認した。	トルバプタンＯＤ錠７．５ｍｇ「トーワ」	リザトリプタンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
617	ロスーゼット配合錠の処方。見間違え、思い込みでアトーゼット配合錠をピッキング	抗コレステロールの配合錠で思い込み。当薬局の採用がアトーゼット配合錠のみであり思い込み。	配合錠の規格、種類の周知徹底をした	ロスーゼット配合錠ＬＤ	アトーゼット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	脂質高値のため初めてアトルバスタチン錠5ｍｇが一般名処方された。調剤の際、アトルバスタチン錠10ｍｇで一包化しており、自己監査も通り抜けてしまった。患者家族に交付の際、一包化された夕食後の中の唯一色の着いたアトルバスタチン錠5ｍｇ「YD」を提示しながら説明しようとしたところ、全て白色の錠剤であったためそこで10ｍｇで一包化していることに気付いた。患者家族に断りを入れ、調剤しなおし交付した。	一人薬剤師の休憩時間の来局で、早く済ませたいとの気持ちが生まれていた。	休憩時間の来局患者への調剤は、普段より調剤、監査への注意を払う。可能な限り、別の職員の監査の目も取り入れる。			アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
619	前回ドライアイで来局された方に(般)ジクロフェナク点眼液の処方箋が来た。患者さんの話を聞くと前回出たジクアスLXと同じ成分のものに変わると言われていた。病院がジクアホソルとジクロフェナクを入力し間違えたと思われる。	薬名の類似のため入力時選択ミスがあったとみられる。	違和感あれば患者さんのお話しを伺い、すぐ疑義照会することが重要であると感じる。	ジクロフェナクＮａ点眼液０．１％「ニッテン」	ジクアホソルＮａ点眼液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
620	ファモチジン140錠を調剤しなければいけなかったところ、ファモチジン40錠、ロキソプロフェンNa100錠で調剤してしまった。 5月10日：9日に不在だった薬剤師にもその日の出来事を共有し再度、監査レンジの写真を確認したが、誤りは発見できなかった。 5月11日：再度、監査レンジを確認したところ、ファモチジン40錠、ロキソプロフェンNa錠100錠で調剤していたことが発覚。 さらに、3月23日に棚卸を行ったが、その際にロキソプロフェンNa錠とファモチジン錠の在庫に差異があり、　在庫整理を行っていたことがわかった。 （要因）・監査時に１００錠包装のものであるからと薬の内容に誤りがないと思いこんでしまい、そのままお渡ししてしまった。・監査レンジでバーコードを読み取る際に、１４０錠を輪ゴムで留めており、読み取ったのが端数の　４０錠だったため、１００錠包装が誤っていることに気づくことができなかった。・ファモチジン錠とロキソプロフェンNa錠のカセットの距離が近く、調剤時にもミスに気づくことができなかった。・ファモチジン錠とロキソプロフェンNa錠は採用しているメーカーが同じであったため、包装が似ており、誤りに気づくことがで　きなかった。・棚卸の時にどの薬にずれがあったのか、在庫整理を行ったのか店舗内で共有できていなかった。	5月9日：当患者が3月4日に調剤した薬を持って来院。その際、自身の薬の服用内容を記載したノートを見せながら、薬局で誤りがあったのではないかと指摘した。 監査レンジの写真を確認したところ誤りが見当たらず、在庫も確認したが、数に誤りが無かったため、患者に当時の　監査レンジの写真を確認してもらい、こちらに誤りがないと説明した。	・100錠包装のものを調剤棚に充填する際は、箱から出さない。・端数が生じた場合、監査レンジに通す際は輪ゴムでまとめず、ばらして通す。・メーカーが同じで、似ている包装のものは調剤棚のカセットの距離を離した。・棚卸後など、在庫差異状況は店舗内の薬剤師全員に共有する	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
621	先発ご希望の方の調剤で薬品棚ではなく、引き出しに入っていた薬品を取り出すとき、長期処方のため二箱目を開ける際に、注意不足で後発品の方の箱を開けてそのまま調剤した。その方は後で薬を取りに来る方だったので、監査を後回しにしたら、同じ薬の処方が別の人に出て薬の数が合わないことが発覚。最初に調剤した方の薬が先発と後発品が混ざっていたことがわかり訂正した。	引出の中に乱雑に入っていることが多く、オルメテックとオルメサルタンはよく似ているのもあって注意が必要だった。	引出の中の整頓・・・・空いている箱と開封されていない箱は重ねるとか輪ゴムで止めるとかする。ポリムスは必ず開けた箱すべてに通すようにすることを徹底			オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
622	調剤時、デエビゴ10mg→ゾルピデム10mgと誤り。監査時に見落とし。そのまま投薬。ご本人が薬を整理していた際に誤りに気付き、連絡あり。10日分ほどのんでしまっていた。睡眠に問題はなかったとの事処方元に過誤発生の報告	後で取りに来られるとの事で、監査の途中で、別の鑑査を挟んで、監査が途切れ途切れになってしまった。規格が多くある薬でmgを確認したが肝心の薬品名を見落し。	引き出し内の薬の場所を見直し。ゾルピデムを移動させてデエビゴと離した監査時に他の業務を挟まないようにする	デエビゴ錠１０ｍｇ	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
623	患者にルナベル配合錠ULDが処方された。引き出しに予めシートケースにセットされたものがあったため、調剤者はそこから3つとった。監査の際に、3つのシートケースのうち1つに薬剤がセットされていないことに気づいた。	薬局では、たいていは開封済みのものはセットされていない状態で保管されている。調剤者は、他の患者で使用しようとしたセット済みのものが引き出しに戻されていると思い込んでおり、中身の確認をしなかった。発覚後、在庫数と残りのシートケース数が一致していることを確認した。	薬剤がシートケースにセットされたものを引き出しに入れない。患者に薬剤を交付する際は、薬剤がシートケースにセットされているかきちんと確認する。			ルナベル配合錠ＵＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	これまでは飲み薬のみで治療をしていたが、今回より注射薬が開始となった。インスリン　リスプロのカート、ソロスターのどちらも在庫があり、システムに入力する際に見落とし、薬剤監査にて発覚。	FAXで受付していたが、患者さまが来局し待ちの状況。処方が大きく変更になっていたことには気が付いていたが、待ちの焦りから見落としてしまい、調剤してしまった。「ソロスター」、「カート」この部分が違うだけなので、すり抜けてしまった可能性が高い。	「カート」は採用している病院に限りがあり、ソロスターの方が払い出しが多い状況。処方監査をするときは処方せんの縦読みと横読みを実施する規定となっているが、それが十分行う事ができていなかった可能性。待ちで急ぐ必要がある場合でも、監査は丁寧に、手順を飛ばすことなく実施する。声に出して監査すると間違いに気が付きやすい状況なので、その点を共有した。	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　リスプロＢＳ注カート　ＨＵ「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
625	テルチア配合錠APで調剤すべき所、カデチア配合錠APで調剤した。	一般名処方だったので、一般名を見て、どの薬品を選択するか書き直す必要があったが、その時に間違った医薬品をメモしてしまいミスにつながった。	新人のスタッフだったので、配合錠の種類が把握できておらず、これまでに見たことがある医薬品だと勘違いしてしまった。特に一般名処方で配合錠など、どの医薬品を選択するか判断が難しい場合、または慣れないスタッフ、ヘルプのスタッフが調剤する時には入力者がいつも以上に声がけするポイントがあることを再確認した。	テルチア配合錠ＡＰ「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
626	アンテベートローション処方の所、ＧＥ変更でベタメタゾン酪酸エステルのところクロベタゾールプロピオン酸エステルローションでお渡し	メーカー販売中止や採用変更によりパッケージ変更も重なり、患者様にもパッケージ変更のあった旨を伝えてお渡ししてしまった。その後他の患者様へ処方の際在庫が合わないことをで発覚し、当日中にご連絡しお取替え	間違えやすい医薬品のリスト掲示薬局内名称の変更	アンテベートローション０．０５％	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	前回エスゾピクロン2mgを調剤したが、今回から3mgに増量になっていることに気付かず、前回と同様に2mgで入力してしまった	繁忙であったため、前回より増量されていることに気付かなかった。	繁忙時であっても処方内容は一つ一つ確認を行う	エスゾピクロン錠３ｍｇ「サワイ」	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
628	一包化予製のある処方の血圧の薬の変更を前回との比較時、最終監査時に見落としました処方の入力も見落とされていました	Do処方であるとの思い込み、合剤の一般名名称の類似への注意が足りなかったと思われます	前回との比較、最終監査、入力の３か所の過程でスルーしてしまっているので、忙しいときほどしっかりチェックしていきます	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	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
629	ツムラ大黄甘草湯が処方されていたにも関わらず、甘麦大棗湯をピッキングしてしまった。鑑査時に気が付いたため、インシデントにはならなかった。	大・甘の字が被ること、同時に眠剤（ブロチゾラム）が処方されていたことで、甘麦大棗湯と思い込んでしまった。	一人薬剤師の為、鑑査システムを必ず使用すること、また医療事務がいる時は一緒に目視で確認してもらうことを心がけています。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
630	調製者がエリキュース錠5mg 1日2回朝夕食後　をエンレスト錠200mg 1日2回朝夕食後　と勘違いし、ピッキングし、鑑査者に渡した。 鑑査者が間違いに気が付かないまま交付者に渡した。 交付者が、患者への交付中に間違いに気が付き、正しいエリキュース錠5mgを調製しお渡しした。	調製者(経験年数11年)には外観が赤のPTPに赤の錠剤で類似して見えていた。心疾患の薬剤でかつ、1日2回用法という点も混同の原因となった。棚も近いため、手が届いてしまう位置にあった。 感染症患者による繁忙期が続き、時間帯も混雑する時間に差し掛かっており疲労や焦りと慢心が重なってしまった。鑑査者（経験年数1年）も同様に疲労や焦りがあったため間違いを発見できなかった。	エリキュース錠5mg、エンレスト錠200mgの棚が近くならないよう、離すことにした。このことに関して薬局内で周知を行い。先頭の文字が同じ薬剤、PTPや錠剤の色が近い薬剤、同じ疾患に関する薬剤など取違いが起こりそうな薬剤ほど、指差し確認を行うように注意喚起を行った。	エリキュース錠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
631	トラバタンズとデュオトラバを先発、後発品と間違い入力。実際は異なる医薬品だった。	今回通常勤務の事務ではなくヘルプで来てくれていた事務だった事があげられる。	薬の知識をもう少しつけていけるよう薬局内、会社内での勉強会を更にしていきたい。	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
632	モビコールLDからHDに増量になっているのに気付かず、モビコールLDのまま入力、調剤した施設看護師と患者について話している時、増量になっている旨伝えられた交付前に気づき修正対応した	前回と変わりのないと思い込んでしまった。	入力チェックをする環境をより集中してできるようにした	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
633	一包化された就寝前分の薬剤中、「炭酸リチウム錠１００ｍｇ」のところ間違って「ラモトリギン錠１００ｍｇ」が入っていたことに患者が気づき次の来局時に指摘を受けました。持参された薬剤を確認したところ全２８日処方中２６日服薬したところで受診されていました。	自動分包装置を用いての一包化だったが「炭酸リチウム錠１００ｍｇ」と「ラモトリギン錠１００ｍｇ」は手撒きが必要な薬剤であったため分包ミスが発生したこと、また監査時にどちらも１００ｍｇ錠だったため見落とした可能性が考えられます。	薬袋には錠剤の刻印情報が印字されていること、特に「ラモトリギン錠１００ｍｇ」は錠剤の刻印に「ラモトリ１００」と薬名の印字がされているため読み上げ、復唱を行えば監査時に防げたものと思われます。一包化調剤の際の確認と同時に調剤後の監査の徹底を行います。			ラモトリギン錠１００ｍｇ「トーワ」 炭酸リチウム錠１００ｍｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
634	病院医師・医療事務の処方入力間違い。令和6年３月～エンレスト錠100mg　1日2錠　１日2回朝夕食後　治療開始。令和6年５月　エンレスト錠100mg　1日2錠　１日１回朝食後　処方。患者来局インタビュー時に「診察時Dr.より薬効いているので前回と同じ内容と言われてきた。」と訴えあったため、薬剤師が担当Dr.へ疑義照会実施。処方入力間違えが発覚、前回処方の用法用量継続で、エンレスト錠100mg　1日2錠　１日2回朝夕食後　へ処方変更となった。	病院での処方入力時の確認不足。電子カルテの未導入。 保険薬局薬剤師が前回導入エンレストの効果・SE確認、用法用量変更の有無を確認したため、処方間違えが発見できた事例。	患者来局インタビュー、患者への診察時の内容確認継続。前回処方内容との変更点把握の有用性の再認識。			エンレスト錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	リスペリドン内用液1mg/ml　0.5ｍｌ不安時服用の処方を、リスペリドン内用液1mg/ml　1ｍｌで調剤してしまった。鑑査時、投薬時も気づかなかった。後日、訪問看護師より連絡があり間違いに気づく。頓用することなく患者への影響はなし	規格違いを同じ引き出しに配置しているため、間違いが起きてしまったと考える。	上下違う引き出しに配置変えをし、規格数が一目でわかるようPOPを付けた			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
636	クラシエ補中益気湯エキス細粒をクラシエ十全大補湯エキス細粒にとり間違えた。	いつも来局している患者でいつも出ている薬。処方箋の薬を読み、覚えて薬を取り揃えた。その後確認を怠った。	調剤時は処方箋を見ながら薬を取り揃えて、その後確認を行う。	クラシエ補中益気湯エキス細粒	クラシエ十全大補湯エキス細粒		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
637	先発品希望していた患者さんに、後発品を交付	再確認以外ない	ラベルなどの再確認			ブロナック点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
638	咳止めの薬が処方されていると説明したところ、咳は出ないと患者が答えたので、話を詳しく聞くと、以前もらっていた耳鳴りの薬ストミン錠が出るはずだと言われた。	薬剤名が似ているので、聞き間違い。もしくは、処方入力時の選び間違い。	定期薬以外のいつもと違う薬が処方されているときは、患者からの話をよく聞いた上で、薬の説明をきちんとしてから投薬する。			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
639	ジプレキサ錠2.5ｍｇが１６錠不足していると患者様から電話があり、薬局にて交付前の写真を確認したところ、４０錠調剤されている写真が確認できた。原因について調べたところ、１シートあたり14錠あると思い込み、４枚×１４錠＝５６錠と計算してしまったとのこと。	シートが比較的長いため、１４錠シートと思い込んでしまったようです。	監査時に１シートの数を確認するよう徹底することにした。類似したミスは起こりうるとし、１シート10錠のように見える事例はないか薬局内で話し合い、当薬局において１シート10錠ではない包装についても話し合いをし、注意喚起した。			ジプレキサ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
640	3/1の投薬ミスを今回（4/18）に判明した。本来はラタノプロスト点眼液を処方されていたが、ラタチモ配合点眼を間違って渡す。本人はラタノプロスト成分名が記載していたのでパッケージが変わったのか思っていた。	忙しかったため注意が散漫になった。使用後だったがラタノプロスト点眼液を2本渡す。	調剤と監査役とは別の人間が行い投薬する。投薬時に薬中身がかかるように見せながら説明する。			ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
641	ツムラ10　柴胡桂枝湯をピッキングしたつもりが、ピッキングした中にツムラ70　四物湯が混入していた	ツムラ10　柴胡桂枝湯　とツムラ70　四物湯の外箱が類似しているツムラ10　柴胡桂枝湯　とツムラ70　四物湯が隣り合わせで陳列されていた	ツムラ10　柴胡桂枝湯とツムラ70　四物湯　の保管場所を離した	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
642	一般名の「ロキソプロフェンNaゲル」で処方されていたが、当薬局に在庫のある「ジクロフェナクNaゲル」で調剤。結果「ロキソニンゲル」は当薬局にはなかった。	日頃の業務に関する慣れや流れなどで調剤。処方回数や在庫の関係で当薬局にあると思い込み、そのまま調剤。	思い込みから始まるエラーなので初心に帰り調剤監査する。	ロキソニンゲル１％	ジクロフェナクNaゲル1%「SN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
643	ルプラック錠4?r0.5錠の処方箋。アゾセミド錠30?r0.5錠で分包していた	知識不足による調剤ミス	先発品名と成分名が異なるため生じたミスではあるが、４ｍｇと３０ｍｇで量が異なり発見できたため最後まで名称を確認する	ルプラック錠４ｍｇ	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
644	レボセチリジンが先発で処方されたが、チラージンＳ０．０１％で調剤を行ってしまった。	チラーヂンSの成分であるレボチロキシンとレボセチリジンが名称類似のため、取り間違えてしまった。成分の薬効理解が不十分だった。	薬効の理解を深める。	レボセチリジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「タカタ」	チラーヂンＳ散０．０１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	基本はジェネリック変更希望の方だが、特定の薬品のみ先発希望のものがあり、今回の薬品がそれに該当していた。鑑査の際すべて、変更だと思い込みそのまま患者様にお渡ししてしまった。	調剤後、ほかの者が１度チェックはしているが、流れ作業になっているため間違いが起こってしまったのだと思われる。	経験年数にかかわらず、ミスは起こるので流れ作業にせずにしっかりと確認するべきである。			ガスターＤ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	抑肝散（５４番）を継続で服用中の施設入居者に対し、加味逍遙散（２４番）を交付	ツムラの漢方は１桁目の番号で色が決まっており、今回は黄色で同じ色の中でのとり間違い。	交付回数の少ない加味逍遙散（２４番）を薬品棚の上に移動させ、単純作業では調剤できないようにした。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	調剤時にエソメプラゾールカプセル10mg「トーワ」のところエナラプリル錠10mg「トーワ」をピッキングしてしまった。	処方箋を見ずにピッキング指示書をだけを見て調剤したため。	処方箋をもとに調剤を行うという原則を順守する。	エソメプラゾールカプセル１０ｍｇ「トーワ」	エナラプリルマレイン酸塩錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
648	県外の医療機関から処方箋がFAXで送られてきました。当薬局のレセプトコンピューターにはプラビックス錠７５ｍｇは採用されていますが、今回のラスビック錠７５ｍｇは非採用医薬品でした。レセプト事務処理がラスビックではなくプラビックス７５ｍｇで入力してしまい調剤段階で気づきました。	医薬品の非採用であったことと名前が似ていることが間違いの原因でした。あとFAXの精度もやや落ちていたのも原因と思われます。	FAX精度悪いときは医療機関に問い合わせる。間違いやすい薬として手順書に明記する	ラスビック錠７５ｍｇ	プラビックス錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
649	フスコデ配合シロップを2週間処方の際、衛生上の観点から1本は水で薄めてもう一本は原液でお渡ししましたがそのことが患者様に理解されておらず、混乱させてしまい、他施設の職員より発見指摘され再度、患者と問診しすべて水を入れてお渡しすることで様子を見ることにしまった	長年、患者様もその方法で利用されており理解されていると勘違いと患者様の認知機能の低下についても視野に入れてなかったのがその原因だと思われる	高齢者と再度、投薬する際は理解の確認ができているかの確認をしながら薬剤の配布する際に注意する必要があることを共有することになりました			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
650	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒7.5ｇ×60日分で処方。2.5g×42包入り包装4箱（168包）と2.5g×12包で調剤するところ、ツムラ五苓散エキス顆粒が9包含まれていた。取り直した際に確認したが開封済みの牛車腎気丸の箱の中に五苓散がいくらか混入していた。	牛車腎気丸（１０７）も五苓散（０１７）も漢方の箱の色が同じであり、五苓散を調剤する際に多く取り過ぎたものを戻そうとして入れ間違えてしまったものだと思われる。	漢方の箱が色で識別しやすくなっているのはありがたいが、戻す際の間違いがおこってしまったため、以後取り過ぎた漢方を在庫に戻す場合は複数のスタッフにてダブルチェックを行うこととする。	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
651	もともとデザレックスを服用していた患者に、ロラタジンOD錠(10)1T 分1夕食後70日分が新規で処方された。デザレックスはロラタジンの代謝物であり作用重複のため、疑義照会をした後にデザレックスが削除になった。	デザレックスからロラタジンに切り替わる予定だったが、デザレックスの処方を病院側で消し忘れていたようだった。	今回は同じ医師からの処方だったので気づくことができたが、他科や他院の薬の際は併用薬を見落とさないように気を付ける。			ロラタジン錠１０ｍｇ「サワイ」 デザレックス錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
652	処方されていたフェキソフェナジン錠60ｍｇ「トーワ」を取りそろえるところ、オロパタジン錠5ｍｇ「トーワ」をとってしまっていた。	フェキソフェナジン錠60ｍｇ「トーワ」とオロパタジン錠5ｍｇ「トーワ」は外箱の外観が似ており、色味もほとんど変わらないため、間違えて取ってしまっていた。 当該薬局では、薬効別に分類して在庫していたため、名称違いではなく、デザインの酷似によって取り間違えを起こしていた。	デザインが似ている外箱は隣接して配置しないようにした。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」	オロパタジン塩酸塩錠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
653	アロチノロール錠10mgの薬品棚にアトルバスタチン錠10mgが置いてあった。	届いた医薬品を棚に整理するときにアトルバスタチン錠10mgをアロチノロール錠10mgの薬品棚に入れてしまったと考えられる。	医薬品と薬品棚の名称をしっかり確認して医薬品整理するようにする。	アロチノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	処方せんはニコランジル5mgであったが誤ってニセルゴリン5mgを投薬しそうになった。	薬剤の棚が近くにあり（ニコランジル、ニセルゴリン）いつもの感覚で薬剤を取ったため（確認不足）。	薬剤師間での確認及び事務員での確認などダブル、トリプルチェックを行う。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	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
655	アマンタジン塩酸塩錠の処方だったが、ニセルゴリン錠５ｍｇをお渡ししてしまった。帰宅後、薬を確認していた奥様が、いつもと違う薬、薬袋に記載の名前と違う薬が入っていることに気が付き、薬局に問い合わせがあり発覚しました。翌日、自宅で正しいお薬との交換、謝罪をしています。残薬があったため、薬の服用は問題なかったとのことでした。	アマンタジン塩酸塩、ニセルゴリン錠は同じ引き出し内に保管している。ヒートの色が類似しているため取り間違えが発生。同処方内に不足のお薬があり手配が重なった。監査時も監査薬剤師の慣れと怠慢から、薬品名の確認を怠ったことが原因と考えられる。	アマンタジン塩酸塩、ニセルゴリンの保管場所を離す。監査時の徹底。	アマンタジン塩酸塩錠５０ｍｇ「ツルハラ」	ニセルゴリン錠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
656	調剤時下剤のヨーデルとピコスルファートナトリウム錠を取り間違えた	同剤頻繁に処方され、作用、用法が類似しているため勘違いしてしまった。	薬剤名の声出し確認と監査機にバーコード面を監査させる	ヨーデルＳ糖衣錠－８０	ピコスルファートＮａ錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
657	テラムロAP配合錠DSEPがいつも処方されている患者様に、テルチア配合錠APを交付してしまい、患者様が３日間服用して気分が悪くなられて受診されました。医師からは、このことが原因ではないかとご指摘があったとの事です。	応援スタッフのため環境に慣れていなかった事や、薬品名の類似が原因と思われます。	店舗内のスタッフで情報を共有しました。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
658	ブロチゾラムOD錠0.25mgを半錠にする指示が処方箋備考欄にあったが、アルプラゾラム錠0.4mgを半錠にして投薬した。次回の受診時患者が残薬を伝えたところ処方医が気づいた。	普段からアルプラゾラム0.4mgの半錠の処方がよくある。今回はブロチゾラムの半錠指示であったが、半錠指示については処方箋備考欄に記載されているため、思い込みと、類似する名称であったので見間違えてしまった。	名称類似の医薬品が多いため注意して確認する。投薬時にも患者に再度確認することを心がける。			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
659	名称の類似、5ｍｇの規格、シートの大きさ、シートの色、文字数、処方頻度	効能効果は異なるが、名称、規格、外観など、非常に似ている雰囲気の2種類である。名称順の配置で隣り合わせになる可能性が高いので隣接して置かない方が良い監査システムで未然に交付を防ぐ事が出来たQRコード処方箋読み取りを活用	一般名で記載されるとヒューマンエラーが起きやすい、入力も間違えやすいのでQRコードで処方箋読み取り棚と引き出しに分けて配置し取り間違いの頻度を減らす監査システムを必ず通してから交付	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
660	トコフェロールカプセル２００mg3T3×で処方されていたが、在庫が100ｍｇしかないため剤型規格変更で100ｍｇ６Ｔで調剤。次回来局時トコフェロールカプセルが足りなくなったと本人より訴えあり。在庫を確認したところ在庫が多かったため少なく渡していたと考えられる	規格変更なので倍の量が必要となるが、そのままの数で確認してお渡ししてしまったと考えられる	患者コメント欄に規格　数量が変更になることを記載して注意を促すこととした			トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
661	アレセンサカプセル150ｍｇ　224cpお渡ししなければいけないところ112cpでお渡し。	包装単位の確認不足、計算ミス。	電卓を使用し計算する。			アレセンサカプセル１５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
662	クラリスリロマイシン200ｍｇとロキシスロマイシン150ｍｇが処方されて調剤するも監査で同効薬なので疑義照会をかけロキソニン錠との記載間違いが発覚する。	処方箋発行者の　入力間違い	同効薬の併用には注意する。			ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
663	1包化の患者様で当日ボルタレン錠からロキソプロフェン錠へ変更になったため予製の作り直しを行い投薬となった。数日後ボルタレンSRの箱のところにユベラNカプセルのバラが一緒に入っていたのを発見。1包化の作り直しの時にボルタレン錠を取り出すところをユベラNカプセルを外していたことが発覚した。患者様へはお電話し作り直してお渡しした。	剤形も薬効も違うボルタレン錠(箱もオレンジと白のイメージ)とユベラNカプセルだが、オレンジ色という同系統の色の思い込みで作り直しの時にユベラNカプセルを取り出してしまった。	作り直しの時取り出した薬剤を他のスタッフに目視にて確認してもらうようにした。			ボルタレンＳＲカプセル３７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
664	デルモベートクリームが処方され、一般名が「クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム」だったことから類似の「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」と勘違い。勘違いした薬剤である「サレックスクリーム」を調剤して患者に交付した。	１人勤務であり、処方された薬剤が在庫していなかったので手配をすることで慌ててしまった。その際見間違えた「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」なら在庫があったので処方されている薬剤がこれだと思いこみ、サレックスクリームを調剤してしまった。	類似一般名である場合には薬剤師２名で確認する。	デルモベートクリーム０．０５％	サレックスクリーム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
665	ジャディアンス錠25ｍｇの処方があったが、ジャヌビア錠25ｍｇで調剤をした。他の薬剤師が間違いに気づき、患者へ交付には至らなかった。	類似名称が近くの棚に存在した。	薬品棚に「類似名称あり」など、ポップを使い、目に入るようする。	ジャヌビア錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
666	20時に業務を終え店舗も締めて後片付けをしていた。電話がかかり、今から調剤希望とのことであった。明日、明後日は休日のため再度見せを開けて対応した。処方箋を持参されたのは本人ではなく家族だった。たまたま半年前に調剤した薬のはじめの名前が似ていたため、入力者は慌てて誤ってしまった。監査した薬剤師も処方箋入力間違いには気づかず、処方通りの薬であることのみ確認して交付してしまった。せっかく導入していた監査システムも電源を落としており、処方入力と調剤した薬の違いを発見できなかった。翌日入力間違いに気づき、患者に連絡をとった。服薬は間違いなく行えたことを確認した。	店を一旦閉めた状況で再開となり、慌てた気持ちがあった。前回の処方と最初が似ていたため、そのままコピーをして入力してしまった。調剤者および監査者も処方せんと薬は確認したが、入力された薬情・薬袋をしっかり確認せずに交付してしまった。	普段とは異なる状態で注意がおろそかになっていた。一旦終了して電源を落とした監査システムも手順通り再度立ち上げて行うよう決めた。	プソフェキ配合錠「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
667	メイアクト錠100ｍｇ18錠処方　GE希望患者でセフジトレン錠100ｍｇOKで調剤したがセフジトレン錠100ｍｇOKのトスフロキサシン錠150ｍｇサワイが混ざっていてセフジトレン錠100ｍｇOK10錠　トスフロキサシン錠150ｍｇサワイ8錠を混ぜて投薬　患者帰宅後服用時に異なる錠剤が入っていたいるのに気づき薬局にTELトスフロキサシン錠150ｍｇサワイをセフジトレン錠100ｍｇOKに交換した	薬棚の隣にPTPシートの類似した薬剤を設置していて余った薬を戻す際セフジトレン錠100ｍｇOKの棚にトスフロキサシン錠150ｍｇサワイを戻してしまった可能性が大　セフジトレン錠100ｍｇOKを摂る際に気づかずピッキング　監査も類似のシートの為気づかずそのまま薬袋に入れてしまった	PTPシートの類似した薬剤の配置　規格が違う薬剤の配置などの見直し　調剤者　監査　投薬者3段階で確認する			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「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
668	通常とは異なる錠剤分包機での一包化の分包調剤後、１包だけ分包時にこぼれて、分包されていなかった。監査で気が付かずに渡してしまう。薬のお渡し後、機械に残っている薬を発見し、患者に渡した薬を確認させてもらい、発覚する。	棚卸が迫っており、別の業務をしながらの監査による見落としでした。	別の分包機で調剤した時は監査者に伝達する。分包漏れがあることを改めて職員に周知する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
669	商品のメーカー変更伝え忘れ	実務実習中の学生による服薬指導経験不足、知識不足により起こった。	患者が違う薬と判断し服薬しないケースがあるため、メーカー変更は必ず伝えるよう指導			アテノロール錠２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
670	分包機のＵＣコンテナに充填されていたビソプロロール塩酸塩錠2.5ｍｇの中に0.625ｍｇが混ざっていた。2.5ｍｇ処方の患者の一包化の監査で発見。一包化された分とコンテナの中を確認し全量回収した。	薬剤変更となり一包化のやり直しをした後、変更前の分をばらしてコンテナに戻す際、意識せず一人で戻した。手に取るコンテナを間違ってしまった。	コンテナに薬剤を充填する時はバーコードを読まし充填ミスを防ぐようにしているが、ばらされた薬剤を戻す時バーコードリーダーを通す、またはバーコードが無い場合はダブルチェックを必須とする。			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」 ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラー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	アセトアミノフェン坐剤200ｍｇの処方が出ていたが、カロナール錠200ｍｇを渡していた。患者家族より連絡があり、交換に行った。	代理の方に渡した。お急ぎであったため、十分に説明、確認することができなかった。その日、最後の患者であったため、疲れと油断があった。	急ぎであっても、薬を見せて確認する。			アセトアミノフェン坐剤小児用２００ｍｇ「シオエ」 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
672	調剤における薬のピッキングミス　薬の名前が似ているものだったため間違えてしまった。	処方箋を最初見ただけで判断してしまったのが要因の1つだと考える。	ピッキングの際に、取りに行った後の確認を再度行うことで防ぐことができると考える。	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
673	タケキャブ(20）を調剤すべきところをセフカペンを調剤、監査に回してしまった。	思い込み調剤で場所と包装の類似で間違えてしまった。	慢心せず、処方箋と調剤する薬品名の確認を徹底する。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	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
674	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇとタケキャブ２０ｍｇの摂り間違え	薬品棚が上と下にあり忙しいと色がピンクで思い込みで集めてしまうと思われます	薬品棚の移動を行う	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	タケキャブ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
675	約束処方、4種混合の散剤があるが、いつもと違う薬が1種入っていた。薬の入力はあっていたが見逃して約束処方のものを出してしまった。	忙しい時間帯だった。	監査の徹底。	トランサミン散５０％	メプチンドライシロップ０．００５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
676	監査の際、一包化にウルソデオキシコール100mgの処方に対してアロプリノール100mgが混在していることに監査者が気付く。3日前に調剤ミスによりアロプリノール100mgをばらして一包化カセットへ充填していたことが発覚。28Tばらして充填したとのことで、カセットの中身を開けてすべて回収することができた。	充填する際はダブルチェックするルールだったが、怠ってしまった。思い込みで確認不十分で充填してしまった。ウルソデオキシコール100mg（SW170）、アロプリノール100mg（SW248）大きさが似ていることから一包化も問題なく作動していた。	充填する際はダブルチェックを怠らない。			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「サワイ」 アロプリノール錠１００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
677	ラックビー60ｇ分3　30日分のところ分2で1g包装品で調剤	思い込みや慣れ等	処方箋をよくチェックして用法用量にも細心の注意を払う			ラックビー微粒Ｎ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
678	10日分少なくお渡し	忙しい時間帯に来局され、思い込みがあったと思われます	他のスタッフとも声か行い、焦らず落ち着いて調剤監査行う			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
679	漢方薬106番ツムラ温経湯と16番ツムラ半夏厚朴湯が薬棚の中で混合して配置されていて、十分な確認をせず間違った漢方薬を交付していた。患者様が帰宅途中、間違いに気付き、正しい漢方薬と交換してお渡しした。	漢方薬の棚が満杯でよく似た帯色の漢方薬を混合して配置していた。交付時も漢方薬の中身をよく確認せず、過信し交付した。	漢方薬の箱の帯色が同じものは離して配置するようにする。投薬時も改めて間違っていないか確認して渡す。	ツムラ温経湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
680	ノボラピッド注フレックスタッチ300単位からノボラピッド注フレックスペン300単位に疑義照会で変更。その際入力をノボラピッド注30ミックスフレックスペンと入力してしまい、監査で気付かず薬をお渡しした直後に気付き修正。ノボラピッド注フレックスペン300単位をお渡ししました。	疑義照会の内容を入力した際、ピッキングされていたのがノボラピッド注30ミックスフレックスペンだった為ピッキングされてあった薬に入力修正してしまいました。また監査時も名前が類似していたため気付きませんでした。	処方変更があった際も口頭指示だけで入力せず、必ず処方箋を見て確認することを徹底します。監査時では処方箋と薬を確認した後入力と処方箋が合っているか再度確認することを徹底します。	ノボラピッド注３００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
681	他の薬局から当薬局に切り替え利用されている方で、普段よりお薬手帳を持参しない方であった。一般名でインスリングラルギンBS注キット製剤の処方がされていたが、後続1、後続2の表記は無かった。対応薬剤師は在庫が無いと思い名前のより類似した「FFP」を注文し、後日お渡しすることになっていた。 投薬は他の薬剤師が手配した薬剤師不在の状況で、代理で取りに来た方に対し行った。代理の方は使用薬剤を良く把握しておらず、投薬者はもし違っていたら使用せずにすぐに戻すよう伝えてお渡ししたが、特に連絡もなく、次回処方時まで「リリー」を今まで使用していたと分からなかった（それまでの間、確認のTELを何度もするも電話はつながらず）。処方医師はどちらの製剤でも良いつもりの処方であったとのことだが、注入時間が違うため使用方法の説明が必要であった。患者は手持ちがまだあったようで「FFP」は手を付けていない状況だったので、注入ボタンを押す時間に違いがあることを説明し、間違いのない様お伝えした。	原因は初めの対応者が製剤の確認を患者本人と十分しなかったのが１番の原因であるが、薬を取りに来たのが代理のものであったことや、その代理の者が患者本人にきちんと薬の確認をしなかったことなど、確認不十分な状況が、連続して起きたことが原因となっている。	バイオシミラーにはいくつかの種類が発売されているものがあり、製剤を指定していない一般名であった場合は、今まで使用していた製剤が何かを患者当人や処方医に確認をすることが必要。			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
682	降圧剤の変更で一般名処方テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠が処方された。テラムロ配合錠ではなく、テルチア配合錠で調剤していた。次の回も同じ間違いをしており３回目に気がついた。患者は認知症があり医師と家族に報告した。	一般名の成分名の頭の部分のみ注目して商品名を誤って導き出したと思われる。	薬剤名は最後まで読んで判断するようにする。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
683	（般）リマプロストアルファデクス錠と書かれた処方箋において、ベラプロスト錠（２０）で調剤し投薬してしまった。患者さんが自宅にて、薬を整理しているときに、薬が違う事が発覚し、薬局に来局。正しいものと交換した。	忙しく、監査チェックが正常に機能していなかった。忙しく早く投薬しないといけないという焦りが生じていた。	鑑査に関して、時間を気にせず、ちゃんと入力、医薬品等がちゃんと正しくされているか確認する。混んでいても、焦らずにすることが大切で、そいった雰囲気作りもする。	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	ベラプロストＮａ錠２０μｇ「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
684	メサデルムクリーム、ヒルドイドソフト軟膏の混合予製を入れた壺の裏にヒルドイドソフト軟膏メサデルム軟膏と記載した作り置きのシールを貼ってお渡しした。	ヒルドイドソフト軟膏メサデルムクリームと記載した作り置きのシールを作成する際、ヒルドイドソフト軟膏メサデルム軟膏と間違えた。調剤者・鑑査者は記載が合っているものと思い込み確認しなかった。	作り置きのシールは廃止し、調剤する都度手書きで壺に薬品名を記載することとした。鑑査時に記載が合っているか確認を徹底するよう周知した。			メサデルムクリーム０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
685	処方箋にはツムラ葛根湯エキス顆粒　1日7.5ｇ分3毎食前5日分と記載されていたが、誤って6包だけツムラ補中益気湯エキス顆粒を調剤し投薬していた。後日、服用前に患者様が気付き、取り違えが発覚した。その後、直ちにツムラ補中益気湯エキス顆粒を6包お引き取りし、ツムラ葛根湯エキス顆粒を6包お渡しした。	ツムラ葛根湯エキス顆粒の箱の中にツムラ補中益気湯エキス顆粒が6包が誤って入っており、調剤時に輪ゴムでまとめられていたため、全部がツムラ葛根湯エキス顆粒だと思い込んでしまった。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングをした後に、薬剤の再確認を徹底することとした。交付者も交付前に処方内容と薬剤の確認を慎重に徹底することとした。また、漢方棚の包装類似品の陳列を見直し、取り違え防止の注意喚起をした。	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
686	本日最後の患者様。そのため気が抜けて監査を怠ってしまった。自分で調剤して自分で監査。投薬後に薬袋のレルベア100/30吸入と薬の名前(テリルジー100/30吸入)が違うと家族より報告あり。(入力は間違えていない)謝罪して交換する。	テリルジー100/30吸入を普段よく処方されているため、間違えてピッキング。	テリルジー100/30吸入とレルベア100/30吸入の近くに注意喚起の付箋を張り付ける。監査の徹底	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
687	同一処方箋でデザレックス処方されている患者さんに、レボセチリジン処方。疑義照会の結果、レボフロキサシンの誤りであることが判明。	同一処方箋でデザレックス処方されている患者さんに、レボセチリジン処方。疑義照会の結果、レボフロキサシンの誤りであることが判明。	処方内容をしっかり精査。			レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」 レボフロキサシン錠５００ｍｇ「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
688	トコフェロール酢酸エステル100ｍｇの処方に対し、処方箋入力時に変換ミスをしたことで調剤ミスが発生。誤ってトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100ｍｇであるユベラＮカプセル100ｍｇを投薬してしまった。次の日に過誤が発覚し、正しいものに差し替えた。	一般名、商品名の類似性から、変換ミスに気がつかなかった。	処方入力の確認の徹底	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
689	ゾピクロン10ｍｇ0.25T、ラメルテオン8ｍｇ0.25Tで渡す患者。4/25に手持ちの中からロフラゼプ酸エチル錠と印字した分包が1包あったと連絡あり。調節して飲んでいる患者で、残薬がバラバラ。どちらの代わりにロフラゼプが入っていたのかわからないが、たぶんラメルテオンだろうと本人が言うので、ラメルテオンの代わりに紛れていたのかと判断した。4/30に来局いただき、混入していたロフラゼプ0.25Tを持参していただいた。お詫びして、ラメルテオン0.25Tをお渡しした。	ラメルテオン0.25T、ロフラゼプ0.25Tの予製の場所は棚自体が離れているので、なぜ混入したかわからない。ゾピクロン0.25Tとロフラゼプ0.25Tは隣の棚という比較的近い場所にあるが、ゾピクロンは遮光袋に入れて保管しているので、調剤でどのように間違えたのか想像できない。残薬があるとのことで、過去の処方分に混入していた可能性もある。	投薬時の監査で分包紙の印字をきちんとみれば、防げた事例なので、今後はすべての分包紙の印字をしっかり確認したい。	ラメルテオン錠８ｍｇ「武田テバ」	ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「ＳＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
690	メマンチン１０ｍｇのところ5ｍｇで調剤しお渡ししてしまった。服用前で健康被害はない	入力間違いに気づかず、ピッキングを入力の内容に合わせてしまった	処方箋の確認を怠らない　複数の目を通っていても冷静に調剤、監査をする	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	メマンチン塩酸塩錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
691	一般名処方にてパロキサビルマルポキシル錠20ｍｇとあったため、最初、パロキサチン錠20ｍｇに変換したが、用法から当該入力事務員も違和感を感じ、薬剤師が年齢やパロキセチン錠の一般名パロキセチンである旨伝え、再度入力しところゾフルーザ錠20ｍｇと判明した。	後発品が存在していない、先発品であるゾフルーザが一般名で処方され、合致する薬剤がすぐにヒットしなかったため、パロキサビルマルポキシルと言う名称からパキシルか？と勘違いしたと思われる。しかし、当事者が入力事務経験が20年あるものであったため、違和感を感じ薬剤師に相談し、再度正確に入力し、無事にゾフルーザを患者に投薬することが出来た。	入力者は今まで見たことのない一般名処方に出会った場合は安易に変換せず、他者に声かけし確認するよう徹底した。入力者、薬剤師共に経験が浅ければレセコンから変換できた薬剤が正しいと判断する可能性もあり、患者に不利益を与えたものと思われる。後発品が存在しない場合は商品名にて処方箋記載して頂きたい。	パロキセチン錠１０ｍｇ「アメル」	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
692	定期来局ある患者様。処方内容の変更はなく、ツムラ人参養栄湯エキス顆粒の処方の所を、間違えて人参湯エキス顆粒でお渡ししてしまった。投薬後、患者本人から連絡があり、いつもと違うものが入っているとのことで発覚。服用前のため、体調以上等はなし。	処方内容が複数あること、待ち時間があると嫌がる患者のため、来局予定日に合わせて、あらかじめ薬剤のピックアップを行っていた。予想日通り来局されたが、丁度混雑時間と重なっていたこともあり、投薬前の監査焦ってしまったこと、今回家族が来局されたため、いつもなら目の前で確認してもらうことを怠ってしまった。	混雑時でも名称、銘柄確認しっかり監査行う。ピッキング、監査は別々のものが必ず行うよう対応する。	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
693	処方箋受け取り時、家族から患者様の状態、Dr.からの説明の聞き取りをした。毎回、薬の内容をきっちりDr.から聞いておられる方なので、今回、内服薬の変更はないとおっしゃられ、前回と同じ薬を調剤してお渡しした。調剤禄監査で間違いを見つけて、一応、疑義照会し、処方箋に間違いないことを確認、薬を取り換えた。	対象の医薬品は、一般名表示された配合剤であり、初めの２種類まで同じ成分名であったため、当方も変更はなかったものと思い込み調剤してしまった。一般名表示の処方箋、特に配合剤は特に慎重に読み取るようにする。	薬局で扱っている配合剤の一覧を作成するなど、確認できるようにしておく。	ネオドパストン配合錠Ｌ１００	スタレボ配合錠Ｌ１００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
694	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」の処方箋を扱った際、医薬品名称を十分に確認せず包装の外観で判断しカンデサルタン錠4?r「サワイ」を投薬しかけた。患者に案内の際間違えに気付き誤投薬を避けることができた。	薬品棚において上記2品目を上下に置いていて安易に手に取った。	医薬品名、?r数を十分に確認する。放送外観で判断しない。念のため上下に置くことをやめ、棚の位置を変更した。	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒小児用１０％「ＣＨ」	カンデサルタン錠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
695	ニコランジル錠5?rの処方箋に対しピッキングでニセルゴリン錠5?rを取ってしまったが、幸い監査した薬剤師がミスに気付きニコランジル錠5?rに戻して投薬した。	繫忙時間帯であったことは原因の一つだが、次の３つが間違えやすい要因である。?@ 両剤の名前が似ていて高齢者に処方されやすい薬剤である。　?A 用法の基本が両剤とも分3である。　?B 用量が両剤とも5?rである。	この2剤に関しては、双方のケース棚に黄色のシールを貼って注意喚起をし、ピッキングのミスを防ぐように対応した。	ニコランジル錠２．５ｍｇ「トーワ」	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
696	ジャヌビア錠(25)の処方の所、取り違えてジャディアンス錠(25)を渡してしまった。患者本人が気付いてくださり、服用せず薬局へ持ってきて下さり、ジャヌビアと交換できた。	処方薬剤が7種類あり、取り違えに気づかず、繁忙であったため慌てて薬を交付してしまった。	当該薬剤を離して保管する。繁忙であっても慌てず一呼吸置いて処方を再確認する。			ジャヌビア錠２５ｍｇ ジャディアンス錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	8歳女児に対し、フルチカゾン点鼻液小児用56噴霧用を調剤すべきところ、フルチカゾンフランプロピオン酸56噴霧用て交付してしまった。薬局の在庫数の確認作業中に発覚。患者様に連絡し謝罪、使用中止を伝えて新しい薬剤を交付した。	患者が薬剤師の知り合いだったことで調剤に対する緊張感が欠けていたことが最大の要因である。調剤時に処方箋の確認を怠り思い込みで調剤したこと、更に交付の際に1日2回噴霧であるにも関わらず、1日1回の薬剤を交付することに対して疑問を持たずに交付してしまったこと、全てが慢心によるものです。	今回の過誤に対する情報の共有と徹底。患者の年齢や用法をきちんと確認し、薬情に掲載されている写真と比較し確認した上で調剤する。	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
698	医院よりロルカム4ｍｇの処方あり、薬品名類似のため誤ってロゼレムをピックしてしまった。薬袋のお薬の写真とピックした薬が違うためお薬の誤りに気付き、正しいロルカムに変更して患者さんにお渡ししました。	名称の類似、間違えた薬の近くに正しい薬もあったためより間違えやすかったと考えられる。	薬品に類似薬注意のシールを貼る。舞相が類似して間違えやすい薬は近くに置かないようにする。	ロルカム錠４ｍｇ	ロゼレム錠８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
699	姉弟の処方箋を同時に受付、姉がワイドシリン細粒20%で処方され、弟はワイドシリン細粒10%で処方されていた。当薬局には同製品の20%しか在庫しておらず、レセプトコンピュータの薬品登録にも10%製剤の登録はなかったため、弟にワイドシリン細粒20%で入力してしまい、その結果姉の処方量よりも用量が多くなってしまった。処方医に疑義照会をして気づいた。	事務員がレセプトコンピュータを入力する前に薬剤師が処方監査を怠った	薬局内に在庫がなくても他の規格がある医薬品の存在が分かるように調剤棚に付箋等を貼って注意喚起する。	ワイドシリン細粒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
700	オメプラゾール20ｍｇが処方されている所を誤ってエソメプラゾール20ｍｇを調剤してしまった。	オメプラゾールとエソメプラゾールは名前が類似しており、処方箋確認時に名前を見間違えてしまった。	エソメプラゾールの棚の所に「×オメプラゾール」と記載した付箋を貼るようにして、注意書きを薬棚に貼って類似した薬剤名について警告する。処方監査システムを導入する。	オメプラゾール錠２０ｍｇ「トーワ」	エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
701	処方箋にはｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2ｍｇと記載されていたが、調剤者はうっかりしてその隣にあったグリチロン配合錠をピッキングしてしまった。また、交付者も薬情のＰＴＰの写真の色が似ていたので、うっかり見過ごしてしまった。患者さんは夜に薬が異なることに気付き、翌朝(月曜日)問い合わせに来られた。すぐに、丁寧に謝り、正しい薬と交換させてもらった。	単純なうっかりミスで、もう少し慎重に対処すべきであった。	クスリをピッキングした後、交付者に渡す前にもう一度、再確認すべきであった。			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
702	ラタチモ点眼液を調剤しなければならないのであったがラタノプロスト点眼液を調剤し投薬した。投薬時患者様に薬の確認をして本数、眼圧を伺い状態を維持しているという事だったのでそのまま投薬を終えた。患者様が帰宅後使用前にいつもと違う問うう事で発覚した。すぐに取り換えを行った。	年齢による理解力と耳が聞こえにくいという部分を考慮しておく。	投薬への時間			ラタノプロスト点眼液０．００５％「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
703	トコフェロールニコチン酸エステルカプセルの処方が出たが、患者様より、このサイズの薬は飲めないため、できれば粉に変えて欲しいと申し出あり。トコフェロール顆粒があったが、トコフェロール顆粒の正式名称は、トコフェロール酢酸エステル顆粒であり、「ニコチン酸」と「酪酸」とは別物で、適応症も若干異なることが分かった。疑義照会にて、トコフェロール酢酸エステル顆粒に変更しても良いかを確認し、変更となった。	一般名処方で、名称をきっちり確認できていたため、発見につながった。	類似薬剤が多数存在するため、一般名処方は、一文字一文字、丁寧に名称をきっちり確認する必要がある。			トコフェロール酢酸エステル顆粒２０％「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
704	デベルザ20ｍｇを調剤しなければいけない所を思い込みで、デザレックス5ｍｇを調剤してしまった。 また患者も糖尿病薬の変更があった為、前回までは１か月に1回服用のマリゼブだったが、毎日服用するデベルザ20ｍｇに変更されていた。処方した後、気になって次の日にかかりつけ医師に「マリゼブ」が処方されていないと疑義紹介をしたら、医師より「デベルザに変更になっているのでマリゼブはいらない」との返事を貰ったが、その時に気付くべきであった。完全にデザレックスで良いと思い込んでいた。2日後に病院より連絡があり、「当患者が入院され自宅から薬を持ってきてもらったが、1包化にデベルザではなくデザレックスが入っている」と連絡を受け、間違いに気づいた。速攻病院に行き、薬を交換し、家にある分もご家族に連絡して当店に持参して頂いた。1回分を服用されたとの事。かかりつけ医、病院にはその旨連絡し、その事が原因で入院された訳ではないと確認した。またかかりつけ医には、1か月のマリゼブがそんなに簡単に体から消えないし、アレルギーの薬を1回ぐらいの服用なら問題は無いと言って貰えた。	患者が認知症が進んでいた為、1包化での調剤であった。4月に入った所で、最近花粉症の患者が多く来店された為、頭文字で反応してしまった。	どんなに忙しくても、やる事が多くても、調剤報酬改定で頭の中がパニックになっていても、常に冷静に正確な仕事をしなければならないと深く反省し、思い込みの無い様、何度も1包化の時は監査する様に注意する事にした。	デベルザ錠２０ｍｇ	デザレックス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
705	アスベリンシロップ処方のところ、アストミンシロップと勘違いし一旦調剤した。調剤直後に気づき、正しいものを作り直した。	両方ともに「アス〇〇ンシロップ」と名称が似通っておりしっかり読まずに調剤してしまった。	似通った医薬品名があるものについては、相違部を強調して音読し特に気をつける。	アスベリンシロップ０．５％	アストミンシロップ０．２５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
706	2歳１０ヶ月１２ｋｇの男児に対して、Ｌケフレックス小児用顆粒200ｍｇが分２朝夕　２．５ｇ/日で処方されていた。本薬剤は１ｇＳＰ包装品であり、添付文書上の「薬剤調製時の注意」の項において、開封して調剤を行うと偏析を起こし混合比率が変化するとの記載があり、メーカーに問い合わせたところ、開封して調剤を行うと胃と腸における溶解性が変化し、薬効低下の可能性あるため開封での調剤は行わないようにとの回答があったので、医師に疑義照会し、2ｇ/日へと処方変更していただき、ＳＰ包装のまま調剤し投薬した。	開封の可否については、添付文書上の「禁忌」や「用法用量」の項に書いていないことが多い。また処方医は処方量を力価で計算して決定する事が多いため、このような事例が起こったと思われる。今回の処方においても力価上の用量などは問題なかったが、調整時の注意までは確認できなかったものと考えられる。	包装品の調剤における開封の可否については、常に添付文書でチェックを行い、開封不可の薬剤については周知の徹底や、従業員用パウチの作成などを行い、過誤防止に努めている。また判断に迷う場合にはメーカーへの問い合わせを行っている。			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
707	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「DSEP」の棚に先発品のフェブリク錠２０ｍｇが混ざってました。	見た目が類似しているため、戻すときに間違えた。	置く場所を棚と引き出しに離して置く			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
708	４２日分の一包化調剤時、一部在庫が無く先に３０日分を分包しお渡ししました。その後、残り12日分の分包時に沈降炭酸カルシウムの所を誤って炭酸水素カルシウムを調剤してしまいました。入院時薬剤部からの連絡を頂き間違いが発覚し、後からお届けした分の沈降炭酸カルシウムが全て炭酸水素カルシウムになっていました。幸い、後から調剤した分は手が着いておらず、患者様が内服するまでには至りませんでしたが、関係各所に大変ご迷惑をおかけしてしまいました。	通常業務終了後に1人で調剤したときに起きた事で監査システムを飛ばしてしまい、さらに自分で検品した事によります。後で後悔しないようしっかりと反省し、マニュアル通り調剤していきたいと思います。	マニュアル通り、バーコードによる監査システムの使用を徹底し、人の目だけに頼らないよう改善していきます。	炭酸水素ナトリウム錠５００ｍｇ「ＶＴＲＳ」	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	
709	一般名が処方、フルチカゾンとの記載がありフルチカゾンフランカルボンさんエステル点鼻液27.5μg「杏林」56噴霧用を用意してしまったが実際にはフルチカゾン点鼻液を用意する必要があった	同じフルチカゾンであり一般名が非常に似ている。一般名が類似している点鼻液は間違えやすい、製品名にはプロピオン酸がないとわかりにくいなどがある。	μｇなどわかりやすい部分を特に意識することで監査間違えを防ぐ必要がある。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」２８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「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
710	いつもと違う薬剤が交付されていると、患者様自ら来局され発覚しました。処方箋を見ながら薬剤の取り出しを行いますが、その際に薬剤デザインの類似と、薬剤棚が比較的近かったこともあり、別の薬剤を取り出しました。当方で使用している薬剤監査システムは、ピッキングした薬剤を読み込ませた際、それが間違っていた場合エラーとなります。今回は監査機に登録されている画像が誤っており、そのまま通過してしまいました。また、ピッキング時の薬剤の色や包装デザイン、大きさ、数量の確認を行なっただけで、肝心の薬剤名の確認が疎かになったと考えております。	このような誤調剤の状況は繁忙期に発生しており、そのような状況下において調剤手順の確認が甘かったと考えられます。また調剤棚の薬剤ラベルもデザインが酷似しており、それも原因の一つです。	・繁忙期においても確実に手順を守り、監査システム機器以外にも、他の薬剤師に監　査してもらうよう努めます。・調剤棚の薬剤デザインが酷似している場合には、違いがはっきりするよう色線やラ　ベルを貼るなどの工夫をし、取り違いを防ぎます。・患者様への薬剤交付の際は、薬袋から薬剤を取り出し、目視で患者様と確認し再度　薬袋へ入れ直すように致します。・スタッフへの申し送りを確実に行い、このような事例があったことを共有します。			ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
711	ノボラピッドフレックスタッチの供給停止。ノボラピッドフレックスペンへの変更のはずが、ノボラピッド３０ミックスフレックスペンへの変更になっていた。病院へ疑義照会を行い、正しい薬をお渡し	ノボラピッドフレックスタッチしか採用がなく間違えたのではないかと思われる。	出荷調整等で変更が多くなっているので、その都度変更について確認を行う	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
712	普段薬局あまり使っていない薬であったフルチカゾンプロピオン酸エステルとフルチカゾンフランカルボン酸エステルの間違え初めての服用でフルチカゾンのみを見て勘違いして渡す投与後他の薬剤師が気付き取り替える	フルチカゾンプロピオン酸エステルとフルチカゾンフランカルボン酸エステルの間違えフルチカゾンのみを見て勘違いした	フルチカゾンフランカルボン酸エステルのみ在庫として取り違え築くように	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
713	炭酸水素ナトリウム錠500ｍｇ「ＶＴＲＳ」　処方総量56錠のところ、66錠でお渡し	１つのPTP12錠だが、10錠であると勘違いして投薬してしまった。	PTP10錠以外のものに印をつける			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
714	月曜日の午前中で、一包化の処方や、インフルエンザの処方で薬局内が慌ただしくなり、本来アテノロール50mgをピッキングするところをアロプリノール50mgをピッキングしてしまった。監査の際、取り違えが発見されて患者様の手に渡る事はなかった。	待合室に患者様が溜まってきたのが目に入り慌ててしまったと考えられる。また、処方箋がテノーミンでの処方から一般名に変わり見慣れていなかったのかもしれない。	忙しくても処方全体に目を通しておけば防げる事例だと考えられる。一つ一つ薬に目を通すだけでなく処方内容をしっかりと見なければならない。	アテノロール錠５０ｍｇ「タイヨー」	アロプリノール錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
715	【イミダフェナシンOD錠0.1mg】を分包するところ、誤って【イフェンプロジル酒石酸塩錠10mg】を分包してしまった。	・【イミダフェナシンOD錠0.1mg】と【イフェンプロジル酒石酸塩錠10mg】が同じ引き出しに入っていたため、ピッキングの際に誤って取ってしまった。・錠剤を剥く際に、確認を怠ってしまった。・【イミダフェナシンOD錠0.1mg】と【イフェンプロジル酒石酸塩錠10mg】の形や大きさが似ており、分包機のユニバーサルカセットを難なく通過してしまった。・ユニバーサルカセットに錠剤を入れる際のダブルチェックが甘かった。	・ピッキングの時と錠剤を剥く時とで薬が間違っていないか確認し、ダブルチェックをする。・ユニバーサルカセットセット時のダブルチェックの際、声出し指差しで間違っていない事をよく確認してもらう。			イミダフェナシンＯＤ錠０．１ｍｇ「サワイ」 イフェンプロジル酒石酸塩錠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
716	クラシエ防風通聖散の薬品箱の中にクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯が混ざっており ピッキング時に発覚	クラシエ防風通聖散とクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯の外観が似ていて取り間違いなどで戻すときに戻し間違えで起こった要因が挙げられる。	戻すときに２人などで戻し間違いがないか確認する。	クラシエ防風通聖散料エキス細粒	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
717	ジャディアンス２５ｍｇが一包化支持で処方されていたところ、事務員が誤ってジャヌビア錠25ｍｇをピッキングし一包化。監査した薬剤師が薬剤の取違に気が付かず監査してしまった。投薬前に別の薬剤師が確認のため再監査したところ薬剤を取り違えていることに気が付き正しい薬剤に変更し分包をおこない交付	薬剤名が似ており規格も25ｍｇで同じであったため監査を見誤ったと考えられる。	取り違えの多い薬剤なので薬局内で同じ取り違えが起きないよう全職員に	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
718	レキソタン1ｍｇが処方されていたが、レキサルティ1ｍｇで調剤し、お渡ししてしまった。毎日の向精神薬の在庫数えで間違いが発覚。患者さんに連絡して取り替えに伺った。	急な在宅訪問が入り、薬剤師が1人減った。他の患者さんで疑義照会もしつつ、鑑査もしていたため、最近処方が増えているレキサルティだと思い込んでしまった。	レキソタンが処方されている患者さんの薬歴に「レキソタン注意」と注意喚起が出るようにする	レキソタン錠１	レキサルティ錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
719	前回の処方がヘパリン類似物質クリームだったが今回油性クリームへ変更となった。調剤者は処方箋通り油性クリームを調剤。監査に入力がクリームとなっている事に気付かず、前回ＤＯとして特に剤形変更について患者様に聞き取りせずクリームの薬情をお見せしながら油性クリームを交付。投薬後事務員がクリームが先程出たのにクリームの実在庫数が減っていない事に気付き、当該薬剤師に確認。	1．処方箋入力時、処方箋のQRコードを読み込まずに前回DOだと思い込み前回の内容（クリーム）を引っ張って入力した。2．クリームと油性クリームの薬情の写真の色合いが酷似しており、調剤した薬は正しい油性クリームだったが、監査時、入力がクリームとなっていることに気付けなかった。3.投薬後患者様にご連絡するとき、処方箋の内容を再確認しなかった。	入力確認時、油性の文言が含まれているかどうか文字だけでは見逃してしまう可能性がゼロではないので、薬情の写真をクリームはチューブの画像、油性クリームは100ｇボトルの画像が出るように設定を変更し、写真でクリームと油性クリームの判別が一目でわかるようにした。また入力時前回の内容を引用するのではなく、ＱＲコードを使って入力する。			ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	そこでお渡しした薬は油性クリームで、入力がクリームであったことが発覚。患者様にご連絡するとき、処方箋の内容を再確認せずに、入力が合っていると思い込んで「処方はクリームだったのに間違えて油性クリームをお渡ししてしまった。」と間違ったご説明を患者様にしてしまった。その後処方箋が油性クリームの記載だったことに気付き、「お渡ししたものは処方通りであった。入力が間違えていた」と患者様に再度ご連絡にてお伝えした。						
720	一般名フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液が処方されたが、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液でピッキング。監査機のチェックで間違いが判明。患者には正しく薬が調剤された。	当事者の薬剤師が入社間もなかったため、類似の名称の薬剤を勘違いしたと思われる。	類似した名称の薬剤を周知徹底する。監査機は必ず使用する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
721	モメタゾン点鼻液112噴霧1本での処方できたが、当薬局では56噴霧ものしかないので2本で調剤しないといけないところ、1本で調剤し、お渡しした。投薬後の薬歴記入の際に気づいたため、患者様へ連絡し、謝罪。不足分を郵送した。	医薬品の名称だけ見て、最後まで見なかったため起こったものと考えられる。	頻繁に処方される医薬品だとしても、しっかり最後まで名前を確認する。思い込みで調剤しない。			モメタゾン点鼻液５０μｇ「ニットー」５６噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
722	処方箋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「武田テバ」の記載。レセコンに事前登録されていた薬品名がフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg126噴霧の規格違い。調剤録のチェック時に一度スルーするが、金額に違和感を感じ再度確認、規格違いに気がつく。	薬品名をマスタ登録する際、規格違いが存在することを知らなかった。名称が長いため最後まで確認することを怠った。	薬品名をマスタ登録する際は、1人ではなく2人で確認しながら、最後まで名称を読み上げ選択登録する。	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
723	一般名エスタゾラム錠２ｍｇ１錠分１寝る前１４日分という処方でエスゾピクロン錠２ｍｇを１４錠調剤していたのを鑑査者が発見した。	処方箋をきちんと確認せず、思い込みで、当薬局では調剤頻度の高いエスゾピクロン錠２ｍｇを調剤した。類似名・規格一致が思い込みの原因。	各々のカセッターに「類似名あり」の注意喚起をする。朝礼で事例を共有し、処方箋はきちんと確認し、思い込みに気をつけるよう意識改善する。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	ニフェジピンCR10ｍｇをニフェジピンL10ｍｇで分包したが、監査段階でミスが発覚した。	よく似た名前なので処方箋をしっかり見てピッキングする。	間違えそうな似た名前の薬をリスト化し、職員で共有			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
725	ロケルマ分包５ｇが初めての処方であったが、以前他科で処方のあったモビコール配合LDと同じと患者が勘違いし「残薬があるから減らしてくれ」と仰った。それを確認もせず真に受けてしまい、残薬削減手続きをして書類を再作成して、もう一度説明に行く前になんとか間違いに気付けた。	薬のパッケージが似ており、分包品を溶かして飲むといった点も類似していたことから患者の勘違いを招いた点もあるが、そもそも薬歴を詳細に確認していれば初処方であると気付けたはずであった。	薬歴をしっかりチャックしてから患者と話をする事。			ロケルマ懸濁用散分包５ｇ モビコール配合内用剤ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
726	ニセルゴリン5ｍｇ「トーワ」をニコランジル5ｍｇ「トーワ」と間違えてピッキングし、お渡ししてしまった。	名称が似ていて、mgとメーカー名も同じ。名称が似ているため保管している棚も隣同士。	あまり調剤しない方を違う場所に移動させる。	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
727	エディロールとエルデカルシトールを混在して１包化してしまった。調剤時に気づかず　鑑査時に殻を確認して発見した。	FAXの患者の方で　調剤したが取りに来ず棚へ戻すときに間違ったと思われる。包装も似ていたこと、剤形もほぼ同じであることエディロール自体　使用量もあまり多くなくほぼジェネリックであったため　思い込みでエルデカルシトールの棚へもどしてしまったと思われる。	エルデカルシトール　1包化も多いためバラ錠購入した。　エディロールは引き出しに保管することに変更した。			エディロール錠０．７５μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
728	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻が処方されていたがフルチカゾン点鼻液をお渡し。	似ている名前であるが同じ引き出しに保管していた。	別の引き出しに保管			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
729	ジャディアンス２５からトラディアンスＢＰへ処方変更のところをテラムロＢＰをお渡ししてしまった。２日飲んだところで気づき患者より薬袋にある名前と薬の名前が違うと指摘を受けて発覚。直ぐに取り換えて謝罪を致しました。	混雑時で、調剤の合間に投薬を実施中。自身で調剤した薬を監査不十分のまま投薬に向かい、患者と薬と数量の照らし合わせをしながらお渡ししたが、処方変更直後なので患者さんも当然間違った薬であることは分からず貰っていかれた。	混雑時でも慌てずに監査を確実に実施する。特に初めての薬は注意を払って確認する必要がある。	トラディアンス配合錠ＢＰ	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
730	パーキンソン病患者にゾニサミド錠100ｍｇ0.5錠の処方あり。継続処方であり、他薬局ではエクセグラン散で調剤されていた。継続処方であることをお薬手帳で確認し、ゾニサミド錠半錠の安定性を調べ、半錠してお渡しした。その後別の患者で同様の処方があり、別の薬剤師からゾニサミド錠100ｍｇはてんかんの適応しかないとの指摘があった。	継続処方であったため、適応までは考えなかった。	継続処方であっても、当店で初回来局の場合は疑義する点がないか意識して処方監査をする。			ゾニサミド錠１００ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
731	処方はレボフロキサシン点眼1.5%であったが薬剤の在庫場所が間違えており、レボフロキサシン点眼0.5%のものと隣り合っていた。そのため取り違えてしまった。また交付者も薬剤の包装が酷似していたため見落としをしてしまった。	混雑しており、調剤者、交付者ともに焦りが生じてしまい、確認がおろそかになってしまった。また在庫保管の場所も繁忙の為間違った場所に設置してしまった為、同成分薬、規格が異なるものが隣り合っていたため取り違えを助長してしまった。	取り違えが起こらないよう在庫保管場所を再度周知し置き間違えがないようにした。調剤者、交付者の再確認を徹底するよう注意喚起。			レボフロキサシン点眼液１．５％「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
732	今までトコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「日医工」で調剤していたが供給が不安定により入手困難。先発のユベラＮソフトカプセル２００ｍｇで調剤してお渡し。その際に説明を怠ってしまったことで、患者さんに誤解を招いてしまった。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「日医工」からユベラＮソフトカプセル２００ｍｇへの切り替えの患者が他にもおり、当該患者以外の患者には説明し納得して薬をお持ち帰りになったが、当該患者の交付時が混雑していた時間帯であり説明不足となってしまったことが原因です。	変更点はきちんと説明し患者に納得してもらい交付する。			ユベラＮソフトカプセル２００ｍｇ トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
733	在宅の患者様で２月１９日の処方に追加という形で２月２０日に再発行された処方箋を受付けた。処方薬のグルコン酸Ｃａは初めて取り扱う薬のためリストからマスタ登録しなければ画面表示されない状態だった。 そのため既にマスタ登録されている類似薬のグルコン酸Ｋが先に表示され、そのまま勘違いで入力してしまった。薬剤師も類似薬があることを知らず、思い込みによって監査で気づくことができなかった。　患者様は『きつい。下痢が続く。』と体の不調を訴えておられます。誤った薬を服用する以前からこのような訴えはありましたが、グルコン酸カリウムの副作用に（悪心・嘔吐、食欲不振、下痢、腹痛、胸やけ、便秘、腹部膨満感等）があり、因果関係は否定ができません。主治医に顛末を報告し、今後回復に向けて協力していく事となった。	・知識不足・処方確定・監査の怠慢・マスタ登録の整備不足	ヒヤリハット事例などから情報収集を行い、日々マスタの整理を行っておくことで初めて取り扱う薬であっても注意喚起ができる環境を整備しておく。処方箋をきちんと読み込んでいれば、そもそも異なる薬剤が選ばれていることに気付くことができた。	グルコン酸カルシウム水和物	グルコンサンＫ細粒４ｍＥｑ／ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
734	処方箋の内容とレセコンへの入力内容が異なっていたが、調剤者（鑑査者）は入力内容が正しいと思い込み処方箋を確認せず薬剤をピッキング、鑑査時も同一の者が担当したため薬剤が合っていると思い込み、そのままスルー。投薬者は鑑査済み薬剤であったため、あまり内容を確認せず、間違ったままの薬剤を交付してしまい今回のミスに至った。	・処方箋内容の確認もれ（入力者、調剤者、鑑査者、投薬者）・Do処方だろうという思い込み（入力者、鑑査者、投薬者）・ダブルチェックもれ（投薬者）	・Do処方と思い込まず、処方箋を確認しながら入力。目につくところに注意喚起の張り紙を掲示（入力者）・ダブルチェックは必ず行う。処方内容は必ず確認する。目につくところに注意喚起の張り紙を掲示（調剤者、鑑査者、投薬者）	ラタチモ配合点眼液「センジュ」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
735	4/9 16:15頃 他2剤とともに、【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠 の処方あり。事務員1名と薬剤師1名で調剤・鑑査をした際、調剤録に正確に記載されていたテルチアAPとテラムロAPを取り違え、気づかずに投薬。4/10 10時頃 本人より「薬袋・薬情に記載の薬剤と薬袋の中の薬剤が違う。」「いつもより金額が安い。」との連絡あり。調剤ミスと算定ミス(高8のところ高9で算定)に気がついた。	・調剤録の確認漏れ・複数の患者が一気に来局していた時間帯であり、複数の薬剤師・事務員が調剤室に出入りしていた。1人のスタッフが同時に複数人の調剤に関わっていた。	・調剤録をこれまで以上に注意深く確認する。・1名の患者につき、1トレイを用意するなど、調剤されたものを区別できる工夫をする。・患者ごとに、自身の中で切り替えを行うようにする。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「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
736	いつも通りメチコバール錠500μgを門前から処方が出されていてそのまま出しそうになったところ患者との会話から他院でメコバラミンを処方してもらっていて服用していることが発覚。	他院が院内薬局の為手帳シールを貼付しておらず気付きにくい状況であった。またマイナンバーでの資格確認で薬剤情報を閲覧していたが他院がそこに登録しておらず服用履歴が見ることが出来なかった。	手帳や薬剤情報に記載がなくても患者様に併用薬の確認は定期的に確認するようにする。			メチコバール錠５００μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
737	リュウマチで受診の患者に一般名処方でサラゾスルファピリジン錠が処方される。初めての来局だったこともあり処方監査時に気付かずに入力。深く考えることなくサラゾスルファピリジン錠を調剤してしまった。監査時に他の併用薬によりリュウマチで受診と気が付き疑義照会。サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更となった。	初めての来局であったため患者の聞き取りが不十分であった。処方監査時に併用薬についてしっかりと確認が出来ていなかった。	処方箋受取時に手帳をはじめ服薬の状況や受診の意図をしっかりと確認する。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「ＣＨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
738	納品時販売会社の屋号まで確認しなかったため、採用していない薬を納品してしまった。	事務員が納品をしたため確認不足	納品時名称規格とともに外観と屋号まできちっと確認する			アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
739	調剤スロー時。オルメサルタンＯＤ錠20ｍｇの棚下にオロパタジン錠５ｍｇが配置。色が似ているため、つい間違えてピッキングをしてしまった。	シート類似による思い込みが原因。	オルメサルタン錠の下に、似たシートのオロパタジン錠を配置しないよう場所を変更した。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「トーワ」	オロパタジン塩酸塩錠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
740	普段眼科で処方してもらっている目薬デュオトラバ配合点眼液を近くの内科のクリニックで処方してもらった。その際にトラバタンズ点眼液での処方であったため、疑義紹介した。	お薬手帳と、患者さんからのヒアリングにより、疑義紹介した。	お手帳と患者さんからのヒアリングより、新規での処方には注意をする。			トラバタンズ点眼液０．００４％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
741	患者の薬を一包化していた際、酢酸亜鉛錠25ｍｇ「サワイ」とは印字の違うものが出てきたとの報告があり、確認したところ2錠のみノベルジン錠25ｍｇの印字であった。実在庫と理論在庫ににずれはなかったため、患者に対しての交付ミスはなく、前回の戻し間違いではないかとのこと。	ピッキングミスに気が付き、間違えた薬を戻す前に、正しい薬を手に取ってしまった。その結果、ヒートや外包装もよく似ているため、戻し間違えてしまった可能性が高い。	患者の先発・後発希望によってピッキングミスが起こるので、ピッキング前の患者情報確認を徹底。間違えた薬を必ず元に戻してから、正しい薬を拾いなおす。			酢酸亜鉛錠２５ｍｇ「サワイ」ノベルジン錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
742	患者様の家族の方がいつもとお薬が違うことに気付き連絡をくださる。チュアブル錠5ｍｇのところ10ｍｇでお渡ししていたことが発覚し交換させていただきました。	患者様の年齢確認、規格違いに十分注意するようにする。	規格違いに十分注意し、慣れによる思い込み調剤をしないようにする。			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
743	カムシア錠LDからHDへ処方変更になったが、前回と同じLDで入力、調剤を行った。投薬時に血圧高かったため薬が変わったと思うと聞いたが、処方箋を確認したところLDのままで処方してあると見誤ってしまった。服用続けて様子を見て、改善見られないときは相談するようお話した。投薬後に改めて処方箋を見たところ間違いに気付き、本人に説明し薬を交換した。	間違えやすい薬剤だが、注意が不十分で見誤ってしまった。処方と患者の話を照らし合わせ、疑義照会も検討し踏みとどまる必要があった。	間違えやすい薬剤をリスト化。薬剤の棚に注意喚起の表示。患者とのやりとりでかみ合わないところがあれば時間をかけて確認する。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
744	最初の文字のみ見て、思い込みで調剤してしまった。	朝からバタバタしており、うまく頭の切り替えできないまま、思い込みで調剤してしまった。	一呼吸おいてから、業務に取り組み、間違えた薬の棚に大きく注意書きを行う。	オフロキサシン点眼液０．３％「ニットー」	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
745	ベネット75ｍｇ先発希望のところ間違えてジェネリックにて交付してしまった。	当薬局ではベネット希望をされてる患者は数名しかおらず先入観でジェネリックを渡してしまったと思われる。	薬袋なしの患者であったため、裏打ちチェック薬歴チェック及び本人と今回調剤分の薬に間違えがないか一緒に確認しながら交付する必要があると思われる。			ベネット錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	取り違え	思い込みが原因の一つかと思われる	複数での確認を徹底させる。薬効の表示もする	スピロペント錠１０μｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
747	ネイリンカプセル56Cap処方。14Capのアルミ包装で4袋調剤すべきところを、開封済みのアルミ包装内に11Cap入っていたものを混在し調剤・監査・投薬まで進んでしまった。開封済みアルミ包装の口は折り曲げられておらず、未開封品と区別しにくい状態であった。	開封済みのアルミ包装の口を折ったり、開封済みである印をつけて区別する薬局内ルールを順守していなかった事が原因。未開封品であるという思い込みにつながった。	開封済みの薬の箱に印をつけて区別しやすくする。アルミ包装を開封した時は袋を折り曲げて容易に区別しやすくする薬局内規定を徹底するよう事例報告を行い周知徹底した。			ネイリンカプセル１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	定時にてモーラステープが処方されている患者規格の記載がmg表記ではなくcmでの表記であったため見落としてしまいモーラステープ20mgのところを40mgにて調剤してしまった。投薬時に患者様からのご指摘により誤っていることが発覚。直ちに変更して正しいものをお渡し。	規格の記載が通常時と異なっていたため誤りが発生した。	入力時・ピッキング時・監査時において規格が正しいかどうかを確認する。	モーラステープ２０ｍｇ	モーラステープＬ４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
749	フラボキサミンマレイン酸錠でお渡しするところを、フラボキサートでお渡し。患者様よりいつもと違う薬であると連絡があり、服用前に交換しました。	薬品名が似ているため、間違えて調剤してしまい、監査者も気付かずにお渡し。同じ引き出しに入っており、目についた方で調剤してしまい、監査時も気付かなかった。	薬袋に薬品名のみ記載であったが、写真も印刷できるようにシステム変更を行う。類似薬品に関しては、「類似薬品名あり」の札を作り、再度確認するようにしました。	フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	フラボキサート塩酸塩錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
750	クレメジン速崩錠500mgを360錠(4錠×90包）交付すべきところ432錠(4錠×108包）交付してしまった。	1包に1錠入っていると思い込み、1包に4錠入っていると気が付かなかった。早く作業しようと慌ててしまった。	新しい薬は包装単位も確認する。急いでいても確認作業は省略しないようにする。			クレメジン速崩錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
751	自動分包機に錠剤を充填する際、ノベルジン錠25ｍｇのカセットにプレガバリン錠OD25ｍｇを充填してしまい、錠剤監査時に発覚した。	通常医薬品を充填する際はバーコードによる照合を行うが、作り直しによって発生したバラ錠だったため目視での確認となった。薬剤師が1人しかいなかったことや、規格が同じで外観も似ていたことが入れ違いの要因と考えられる。	バーコードによる確実な照合ができない場合は、必ず2人以上の薬剤師で医薬品とカセットを確認してから充填作業を行う。			ノベルジン錠２５ｍｇプレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
752	ワイドシリン細粒20%を処方。調剤者はワイドシリン細粒20%で調剤したが薬包への印字をアモキシシリン細粒20%と誤って入力。監査者が気づき訂正。	成分が同じものでカプセルではアモキシシリンで調剤してるので思い込んで入力した可能性あり。	分包する前にもう一度印字を確認してから流す。			ワイドシリン細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
753	オゼックス錠小児用60ｍｇ5錠　分2×3日分朝2.5　夕2.5錠で半割して分包機にセットする際に、一緒に処方されていたフェキソフェナジン塩酸塩錠30ｍｇを誤って分包機にセットしそうになった。分包機をスタートする前に気づき、フェキソフェナジン塩酸塩錠を回収しオゼックス錠をセット。色、形が似ているため、要注意。	オゼックス錠小児用60ｍｇとフェキソフェナジン塩酸塩錠30ｍｇ「SANIK」は色、形が似ているため、ヒートに記載されている薬品名、色、形の確認をしっかり行う。患者が多い夕方の時間帯は慌てて確認不足になりやすいので要注意。	ヒートの薬品名、色、形をしっかり確認して分包機にセットする。患者数が多い時間帯は特に心を落ち着けて慌てず焦らず調剤する。	オゼックス錠小児用60ｍｇ	フェキソフェナジン塩酸塩錠30ｍｇ「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	一般名でタフルプロスト・チモロール配合点眼液と記載された処方を、タフルプロスト点眼液0.0015%「ＮＩＴ」と思い込み調剤してしまった。投薬前の監査で間違いに気付き、タプコム配合点眼液に調剤をし直した。	私的な心配事があり、集中力が欠けていた。慣れ、慢心による思い込みのミス。	業務手順の見直し、調剤後監査に回す前に再度内容を確認することを徹底。取違いに注意できるよう、棚にも目立つように注意喚起を提示した。	タプコム配合点眼液	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
755	胸部のケロイドで加療中　２カ月毎に受診平素より、エクラープラスタが処方されていたが、ドレニゾンテープをお渡し在庫の差異により発覚投薬後、２カ月過ぎており患者は貼付し終えている状況を含め処方医へ連絡　再診時のフォローアップを依頼患者宅へ電話　過誤について謝罪した	開局時より、レセプトコンピューターのトラブルがあり混雑していた待ち時間が長くなりスタッフに焦りがあった	患者の待ち時間が長くなっても、患者安全を第一に考える保管用の引き出しに他テープ剤ありと記載する監査時に、薬剤情報の画像を用いて監査する	エクラープラスター２０μｇ／ｃｍ２	ドレニゾンテープ４μｇ／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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
756	メトホルミン250　→　メトホルミン500でお渡し。　家族から翌日電話があった。責任者が後日ご自宅訪問謝罪しました。	ゴールデンウイーク明けでいつもは20名ぐらいの来局であるがその日は４０名ほどの来局であった。	他企画ありのテープを目立つところに添付。	メトホルミン250JG	メトホルミン５００JG		ヒューマンエラー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	後発品で分包する医薬品を先発品で分包してしまった。	ピッキング時や分包時などに十分なチェックをできていなかった。	しっかり確認していく必要がある。			オルメサルタン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
758	土曜日で午前中の診察のみと言うこともあり繁忙でした　一般名処方でアジルサルタン・アムロジピン５ｍｇで処方されていたところカムシアＨＤで払い出ししてしまいました。　１時間後患者自身が再来局しいつもの薬と違うと言われ再確認　ジルムロＨＤで出さないといけないところ間違いに気づきました	通常薬剤師２名で勤務のところ当日は１名で繁忙な時間といえ準備された薬を思い込みで出してしましました　調剤補助との連携も悪かったと考えています	一人薬剤師の時だけでなく処方箋のコピーに薬袋に入れるたび赤ペンで印を入れながら確認しつつ監査をする	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
759	アスパラギン酸Ｃａ錠200mg「サワイ」を調剤すべきところアスパラK錠300mgを取りそろえたが、鑑査の段階で間違えが判明し、Ca剤の交付には至らなかった。	調剤室内での薬剤の取りそろえの際にダブルチェックは行っていたが間違えに気付かなかった。原因としては業務に対する慣れや慢心が大きいと考える。また整形外科からの処方箋であることからK剤の処方は頻度は低いと考えなければならない。	あらためて業務にあたっては思い込みはないように注意喚起。K剤の誤投与があった際は重大な健康被害が起きる可能性が高いことも全スタッフで再認識した。また薬剤名は類似している為該当薬剤箱に「薬剤名確認」の注意シールを貼付する対策を行った。	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
760	アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」を調剤すべきところアスパラK錠300mgを取りそろえたが、監査の段階で間違えが判明しK剤の交付に至らなかった。	調剤室内での薬剤の取りそろえの際にダブルチェックは行っていたが間違えに気付かなかった。原因として業務に対する慣れや慢心が大きいお考える。また整形外科からの処方箋であることからK剤の処方は頻度として低いと考えなければならなかった。	あらためた業務にあたっては思い込みは無いように注意喚起。K剤の誤投与があった際は重大な健康被害が起きる可能性があることを全スタッフで再認識した。また薬剤名が類似しているため、該当薬剤箱に「薬剤名確認」の注意シールを貼付する対策を行った。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
761	一般名処方、テラムロ配合錠APをお渡しするところ、テルチア配合錠APをお渡し。数日後、患者が錠剤を分けるため薬袋から出したところ、いつもと錠剤の色が違うことに気付き、交換に来られる。	一般名処方後半のアムロジピンとヒドロクロロチアジドの見誤り。計数調剤時に調剤した薬剤師が間違え、監査した薬剤師も気付かず。患者投薬時にいつもの薬として患者に確認しながらお渡しするが、薬剤師も患者も気付かず。配合剤の一般名処方は後半部まで確認することが重要。	棚も近い位置にあるので、シール等で注意喚起の目印を付ける。薬袋、薬情と照らし合わせる。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
762	フルメタ軟膏プラスチベース混合７０ｇの処方。容器が７０ｇがない為、１００ｇの容器に入れて調剤しようとしたが、１００ｇで秤量してしまった。薬名のみ確認し容量を確認しなくそのままお渡ししてしまった。次回受診時、空容器を持参し病院より容量確認の電話があり、用量の間違いに気がつく。皮膚の状態の悪化無いこと確認。今回も同じ容量での処方。今回は確認しお渡しする。	慣れず、薬名、容量をしっかり確認。	ダブルチェックをしっかり行い、薬名・容量を指さしで確認する。			フルメタ軟膏 プラスチベース	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
763	１１種類の薬品の処方が出ている患者です。その中に、ジャヌビア錠100ｍｇがあった。薬品のピッキングの段階でジャヌビア錠50ｍｇを取り出してしまっていた。混雑していたこともあり、自己監査の段階で発見できずに渡してしまった。いつも３０日分の投薬だったがその日は血液検査をして５日分の処方だったために残薬が合わず次の日に他の薬剤師が間違いに気がついて投薬者に連絡があった。直ぐに患者本人に連絡、訪問をして交換した。まだ前回分が残っていて、手をつけてない状態でした。きちんと説明、お詫びをしてきました。	平素より糖尿病薬に関しては注意していたが混み合っていたことと慣れ、慢心によｍｇ数の間違いでした。糖尿病薬は毎日在庫の確認をしていたが、その日に限ってやっていなかったことも判明した。	今後も在庫の確認はきちんと続けることを徹底します。			ジャヌビア錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
764	ベタニス25mgが処方箋に記載してあったが、ビラノア20mgをお渡ししており、患者が帰宅した後、患者本人から電話で指摘されて間違いに気が付いた。患者は間違えた薬を服用して居らず、健康被害は無かった。すぐに自宅に配達しお詫びを伝えた。	いつも来局されている患者さんが処方箋を持ってこられた。急いでいるようで威圧的では無いが立ったまま待たれていた。通常であればカウンターに薬袋を並べ、その上に薬を置いて確認しながら薬袋に入れてお渡しするが、その時は急いで薬を集薬して薬袋に薬を入れた状態で説明しながらお渡しした為、間違いに気が付かずにお渡ししてしまった。	今後は、どのような状況であっても基本的な手順を変えずに業務することを心がける。	ベタニス錠２５ｍｇ	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
765	アスパラCAのところ、アスパラKで調剤してしまった。投薬時に気付き、交換謝罪済み	名前が似ているために、頭の中で違う薬を思い浮かべながら調剤してしまったことにより発生。今後は監査時も含めてしっかり1文字監査を実行する	人員の補充によりダブルチェック体制を作る。	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
766	デザレックス錠5ｍｇを調剤すべきところをデエビゴ錠5ｍｇで調剤した。監査時に気が付き対応しました。	繁忙時処方内容の多い調剤で、若干焦りがあった。他の気になる事を考えながら調剤を行ってしまった。	調剤、監査時は必ず焦りが無く、集中できる環境を作る。	デザレックス錠５ｍｇ	デエビゴ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
767	今回初めて在宅業務を行う患者さんで、他にも多くの在宅患者さんの調剤をする中で、規格違いで入力されていたのを気付かづ、レセコンから送られた情報を基に調剤してしまい、本来ならエルデカルシトールお。５ｍｇで調剤しなければならない所をエルデカルシトール０．７５ｍｇで調剤し患者さん宅に届けてしまっていた。処方箋の確認作業をする中で規格違いで入力されていた事に気が付き、正しい規格での調剤したものを届けに伺ったが、既に１日分服用されていた。	初めて調剤する内容であり、レセコンにも分包機にも調剤内容の情報が無く、処方箋内容を手入力する中で異なる規格で入力されその情報が分包機にも転送され、その間違った内容に基づき調剤をしてしまった。その日は初めて在宅を行う患者さんの処方箋が多数送られてきており、入力が手入力で行われる中で規格違いで入力が行われていた。	調剤するに当たり、レセコンから分包機に送られた情報を処方箋と再度確認するようにする。			エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
768	ツムラ柴苓湯１日9ｇ分3毎食前が処方されていたが、薬品名を見誤って、ツムラ柴朴湯１日7.5ｇ分3毎食前で調剤。翌日の発注業務時に、在庫数にずれが生じてあることに気づいて発覚。すぐに電話連絡し、正しいツムラ柴苓湯を郵送した。	名称類似による取違い。	薬品棚に「名称類似品あり」の注意喚起。通常成人では、柴苓湯と柴朴湯の１回服用量が異なるため、処方量まで確認する。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
769	当薬局でタリージェOD錠2.5mgとタリオンOD錠5mgが初調剤。タリージェ錠の服用歴を確認したところ朝夕で服用歴があり、他院での継続分を転院先で処方してもらったとのこと。また、タリオン錠の処方については患者様が把握していなかったことから、タリオンＯＤ錠５ｍｇとタリージェＯＤ錠５ｍｇの入力間違いを疑い疑義照会を行った。タリージェＯＤ錠５ｍｇに処方変更となった。	タリージェとタリオンで名称が類似していること。タリージェのＯＤ錠が最近発売となり認識が低かった事。	投薬時にどのような症状で受診したかを患者様から聞き取り、処方と矛盾がないかをよく確認する。	タリージェＯＤ錠５ｍｇ	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
770	エスタゾラム錠2mg１T分1就寝前の処方のところエスゾピクロン錠2mg１T分1就寝前で入力したエスタゾラム錠の処方が当薬局では1人のみで、エスゾピクロンの処方が圧倒的に多いことがミスにつながったと思われる。	薬名の前半と規格で判断したのがミスの要因で、しっかりと読み取り確認することが必要。今回はすぐにミスに気付けたが、複数の人が同時に同じ間違いをしないとも限らないので普段から注意が必要だと思います。	薬歴中にエスタゾラムと赤字で書いてどこかのタイミングで注意できるよう注意喚起を残した。	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
771	ファモチジンD20とクロピドグレル錠処方されており　ファモチジン５６錠のうち２シートが　クロピドグレルであった	薬品棚に　残薬などを充填する際　シート外観が似ていたので誤って　充填してしまいそのまま調剤し　監査でも気付かず　投薬してしまった	外観が似ているシートの錠剤にも気を付け　充填し　また　調剤監査の際も　１つ１つしっかり確認する。	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「サワイ」	クロピドグレル錠７５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
772	アトラントクリームが処方されていたのに、アンテベートクリームをお渡ししてしまいました。処方箋を見直しした際に間違いに気づき、すぐに患者様に連絡して取り換えさせていただきました。まだ使われる前に取り換えることはできました。	すぐに持って帰りたいとのことで焦ってしまい、一人監査で間違えてお渡ししてしまいました。	なるべく他の薬剤師に監査してもらい、焦らず処方箋をしっかり見直して調剤したいと思います。	アトラントクリーム１％	アンテベートクリーム０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	ランソプラゾールOD錠15ｍｇ「NIG」が継続で処方されている患者様で一包化調剤を行っている。出荷調整のため「武田テバ」に切り替え調剤を行ったが処方箋入力内容は「NIG」のままだった。調剤時に「NIG」の登録のまま一包化を行ってしまい印字されたメーカー名が間違っていた。調剤後に調剤者が間違いに気づき調剤し直した。	様々な薬剤が出荷調整となっているため頻繁にメーカー変更を行っていることが要因として上げられる。また薬剤師、事務員に周知不足も挙げられる。	薬剤のメーカーが変更になったら都度周知を徹底する。			ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	以前より当薬局の門前の大学病院を受診し、ご来局されている患者様である。24/1/16は発熱がありご受診したところ、コロナ陽性であった。リウマチ科で免疫抑制剤を服用されている為か、入院にはならなかったが発熱・倦怠感が強く、早くお渡ししようと従業員間で話しており、焦りが生じた。また、事務が1人の日であり、薬局が混雑している時間帯であった。 「パキロビットパック800」を入力の際、誤って外用で入力してしまい、そのままお会計をクレジットカードで済まされて、お帰りになった後、内服であることが発覚。薬は在庫がなかった為、準備でき次第患者様のご自宅にお届けに行くことになっていた。領収書以外(薬情や薬袋、明細書)はお薬お届けの際にとご要望があった為、来局時は領収書のみお渡しし、領収書以外はお薬お届け時に正しものをお渡ししている。	(入力時)パキロビットパックという名前だけで、貼付するもの(外用）と勘違いしたため起こった。コロナ陽性であったため、早くお渡ししようと、焦りが生じていた。 (監査時)監査時、内服や外用等をよく確認していない為に起こった。コロナ陽性であったため、早くお渡ししようと、焦りが生じていた	(入力時)QRコードを活用して入力を行う。また、馴染の無い薬については薬剤師に確認後入力を行う。 (監査時)内服や外用等をよく確認しながら監査を行う。	パキロビッドパック６００	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	
775	先発希望（ロキソニンのみGE）の患者様。ピッキング時、先発（ロペミン）の在庫はないと思い込んでしまい、GEでピッキング、監査時にも気が付かずに投薬してしまった。（入力は先発）患者様にTELにて謝罪、説明し、今回はGEでよいとの了承を得る。差額（￥10）は次回来局時に返金し対応（伝達済み）。	投薬時は繁用にて立ち投薬にて交付。シートを見せ本人と確認を行ったが、いつもの薬の認識があったため見落としたと思われる。腰痛の話しに夢中になっていたのも要因と考えられる。	印刷物セット時及び投薬時は、薬情・薬袋と薬が合っているかの確認をするよう務める。			ロペミンカプセル１ｍｇ ロペラミド塩酸塩カプセル１ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
776	ブロマゼパム２ｍｇのところ１ｍｇで一包化調剤してしまい、監査で発覚した。	規格の確認不足	忙しい時も規格を確認して調剤する			ブロマゼパム錠１ｍｇ「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
777	定期で当薬局門前のAクリニックで４年前よりクラリスロマイシンを処方されていた。原則、院内処方のB病院でデエビゴの採用がなかったため、院外処方となり他薬局でいつからかは詳細不明（約２年前ぐらいと推察される）だが調剤されていた。１年前より調剤可能か本人から相談があり、当薬局で調剤を開始。その際にクラリスロマイシン服用を把握していたため、疑義照会すべきところを以前から服用している薬剤であったため、継続処方と考えてそのまま調剤して継続的に服用していた。 今回、まだ眠りづらいとのことでB病院にてベルソムラとデエビゴが同処方されたところでベルソムラがクラリスロマイシンと併用禁忌であるタイミングでデエビゴも2.5mgにしなければならないことに気が付き疑義照会し、デエビゴ2.5mgとエスゾピクロン1mgに変更となった。	デエビゴの添付文書の併用注意の欄に作用が増強される恐れがあることは認識していたが用法及び用量に関する注意の項目の併用時は2.5mgにしなければならないことを見落としていた。今回の発覚は以前に他患者でクラリスロマイシンとデエビゴが処方されたときに添付文書を見直して疑義照会をしたことから記憶が残っており、今回の患者が処方をもってきたときに疑義照会すべき事例だったことが発覚した。	薬局内でデエビゴに関して情報を共有し、採用薬で減量しなければならない医薬品について再度確認した。			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
778	漢方の外観が似ていて気付かなかった	混雑していて焦りがあった	再度薬と処方箋照らし合わせる	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
779	デュタステリドカプセル0.5ｍｇＺＡの自費薬を処方のところ、誤ってデュタステリドカプセル0.5ｍｇＡＶを調剤してしまった。	処方元の医療機関のパソコンのシステム上デュタステリドカプセル0.5ｍｇＡＶでの記載しか出来ないとのことで、ずっと処方元の医療機関と合意の上で疑義照会済みで、デュタステリドカプセル0.5ｍｇＺＡとして自費薬を調剤していた。今回調剤した薬剤師は当店での経験も浅く、申し送り事項も見落として調剤に至ってしまった。薬剤師の知識不足も調剤ミスの一因となった。	処方箋の記載上間違いやすい為、レセコンや薬歴等の申し送りの記載方法を改め誰もが気が付けるような記載方法に変えた。			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
780	自動分包機のメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」のカセットにテルミサルタン錠40mg「JG」が14錠混入し一包化されてしまう。複数の患者に同様の事例が起こる。交付前に発覚し全数回収できた。	カセットへの錠剤の戻し（中止または調剤ミスのよる）の際に発生した可能性が高い。充填作業の際はバーコード照合をしているが、数錠単位の戻しの際にはそれが出来ず生じた可能性がある。	錠剤のカセットへの戻し作業は複数かつ経験年数のある薬剤師は行う事を徹底する。必要に応じて充填者のログを残す機器を検討する。			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
781	棚卸後、ノボラピッド注フレックスペンが1本多く、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが1本少ないことに気付いた。	早くしようという焦り。思い込みで調剤してしまった。慣れ合いでWチェックを怠ってしまった。	外箱を捨てずに箱で保管するようにする。Wチェックを徹底する。	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド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
782	カデチアLDが処方されていたが、見間違えてカムシアLDを調剤。監査に出す前に再確認しそこで間違えに気が付いた	慣れによる確認不足	処方箋と薬剤の確認を徹底する	カデチア配合錠ＬＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
783	在庫のプレガバリンのメーカー名がファイザーからＶＴＲＳに変更になっているのを見落とした。	スタッフにメーカー名の変更の周知ができていなかった。	メーカー名変更になる際にスタッフに周知する。	プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	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	
784	今まで　一包化行う　新し薬追加にて　ＰＴＰヒート確認かくにんのため　別にした。	患者さんとの　説明理解不足。	新規のおくすりのときはよく確認する。			ピルシカイニド塩酸塩カプセル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
785	テラムロ配合錠AP「DSEP」が処方されているところ、間違ってトラディアンス配合錠APをピッキングした。鑑査の薬剤師が間違いに気が付いて、指摘され、判明した。患者への投薬前であった。	似ている名称のため、漫然と作業をしてしまっていた	薬効ごとに配置したり、間違えやすい名称の薬には注意喚起の表示をする	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	トラディアンス配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
786	ノボラピッド注の規格、入力間違い。	前回受け取った処方内容が、ノボラピッド注フレックスタッチでしたので、入手困難の為、処方元の薬剤部に、ノボラピッド注フレックスペンへの変更依頼をして変更になりました。今回、受け取った処方内容が、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンだったため、患者様に医師からの変更有無の説明があったのかを確認したところ、単位数の変更の説明があったが、注射変更の説明は受けていないと思う。と言われたため、同薬剤部に、前回変更の経緯を説明したところ、処方の入力間違いがわかりました。	疑義紹介で、処方の変更があった場合、口頭のみで終わることが多いのですが、変更した処方薬を、処方元にフィードバックすることの重要性がわかったので、積極的にファックスで知らせたいと思います。	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
787	メバロチン5ｍｇ錠が新規で処方になった。朝食後の処方であったが、夕食後服薬が多いとの思い込みから、患者様に説明後夕食後の薬袋にいれて渡そうとしたところところ患者様から指摘され間違い気づいた。	処方箋の確認不足。思い込みによるミス。	処方箋の確認を徹底する。			メバロチン錠５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
788	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤で処方あり。誤ってクエン酸第一鉄を調剤し、鑑査をした薬剤師が気付きクエンメットを調剤した。	処方薬品名が似ており、多忙であったため判断を誤ってしまった。	調剤している薬が誤りでないか同時に処方された薬からも考える。急いでいても焦らず、指差し確認しながら調剤する。	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
789	ロトリガ顆粒カプセルとオメガー３脂肪酸エチルのとり間違い	包装と箱も類似しているためしっかり確認する必要がある	監査のときにきちんと確認すること薬袋もしっかり見るようにする			ロトリガ粒状カプセル２ｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
790	処方せんはロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ（温感）となっていたが非温感タイプを手渡し始めた、患者さんより間違い指摘あり。温感タイプの使用患者は把握しているが、いつもは他の薬局で調剤あり、当薬局での調剤は初めて、殆どは非温感タイプの調剤のため、間違う。	思い込み調剤	監査は実施あり、薬局内連絡時全員に事例報告、実施する			ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
791	12/26日に発行された処方箋に基づき調剤したつもりだったが、当患者が骨折で入院になり持参薬を入院先の病棟で確認したら、違う目薬は入っているので入院先の薬剤師から連絡を受ける。タプロス点眼液3本のところタプコム点眼を3本渡していた。幸いにも3本とも未使用だったため交換して眼圧の変化や副作用などの症状もなかった。患者さん本人も目薬をもらってすぐに入院となり開封していないため、調剤ミスには気付かれていなかった。	同じ棚に、タプロス点眼液とタプコム点眼液を並べて置いていたのが調剤ミスの原因	タプロスとタプコム点眼液を違う劇薬の棚に配置換えする。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
792	平素は、院内投薬にて投薬を受けていた。今般の出荷調整の影響で今回のみ院外処方とのことで処方箋を持参。処方箋記載薬剤は、後発品も含め院内採用薬の銘柄記載であった。	当局、未採用薬剤が多く、薬剤の変更（後発品）の変更に手間取っていた。	処方箋の確認、規格違いに十分注意する。再度、採用薬剤の規格違いの確認をおこなう。			尿素クリーム２０％「ＳＵＮ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
793	レルベア２００エリプタ３０吸入で処方されているが、剤型も名前も類似しているテリルジー２００エリプタ３０吸入で調剤し、監査も交付もしてしまった。次回受診時に主治医の指摘にて発覚した。	デバイスも名前も酷似していることから調剤、監査、交付時にしっかり確認するようにする。	類似薬注意のポップを作成するなど一目で分かるように改善する。	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
794	抑肝散が処方されている患者に抑肝散加陳皮半夏を間違えて交付。患者帰宅後にいつもと違う薬が入っていると連絡があり薬剤取り間違いに気付いた。	一包化が立て込み忙し状態で調整者と交付した薬剤師が同じになってしまった。調整する段階で薬品名が似ており思い込みで出してしまった。	なるべく調整者と交付者は別の薬剤師が行う。難しい場合はダブルチェックを行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
795	リンデロンVG軟膏１０gが処方されていたが、5g/本のチューブ１本にてお渡しした。	自店舗では５ｇ/本のみ採用だが、リンデロンＶＧ軟膏には5g/本と１０ｇ/本の規格があること、および自店舗において他の塗り薬の多くは１０ｇ/本を採用していることからリンデロンＶＧ軟膏の規格を１０ｇ/本と勘違いしてしまったものと思われる。	ｇ注意の目印を調剤棚の引き出しに取り付けた。			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
796	クラシエ甘草湯エキス細粒が処方されていた。調剤者がクラシエ芍薬甘草湯エキス細粒で集めていた。監査者が気付き、調剤者にクラシエ甘草湯エキス細粒を調剤し直してもらった。	商品名が類似していたため、きちんと商品名を確認しなかった。	商品名が類似しているお薬は、いつもよりピッキング時、注意する。周りの薬剤師も、声掛けをする。	クラシエ甘草湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
797	酸化マグネシウム500ミリ１回1錠が3錠一包のみ入っていた。	分包機のカセットから自動で分包されるのでズレないという慢心があり監査が甘くなった。	カセット補充の薬も監査を徹底する。数確認も徹底する。			酸化マグネシウム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
798	普段より当薬局を利用されている患者であり、年齢により服薬管理が困難であるため家族からの希望により一包化調剤がなされていた。当該患者には主治医より定時内服としてアゾセミド錠３０ｍｇが２錠分２、朝昼食後、体重増加時のみフロセミド錠２０ｍｇが１錠分１、昼食後で処方されていた。 それぞれアゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」を一包化、主治医指示によりフロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」をＰＴＰシートで調剤がなされていた。一包化調剤時に前回の一包化調剤の内容について確認した所、フロセミド錠をＰＴＰシートで調剤するところをアゾセミド錠をＰＴＰシートのまま調剤し、一包化せずに患者家族に交付した。後日患者家族より連絡があり、一包化調剤の誤りに気が付き、再度正しく一包化調剤を行った。この間患者家族の服薬支援の下アゾセミド錠は正しい用法用量で服用がなされていた。	当該処方時にはいつも処方がされていたフロセミド錠の処方がなく、前回の一包化調剤の内容を確認した所、同種薬であり名称類似のアゾセミド錠をPTPシートのまま調剤すると勘違いしたまま調剤が行われた。前回の一包化調剤に関する情報については薬歴に錠数等の情報も記載がなされてたが、鑑査者、交付者含め確認不足のまま薬剤交付がなされた。	入力時に前回から処方変更があった場合は必ず報告を行い、薬剤師が内容を確認してから調剤に取り組む。また一包化調剤に関する情報を調剤録、薬歴に残す場合には名称類似の薬剤が同時処方された場合は名称類似に関する注意について記載を行い、次回調剤時にも名称類似品目の処方と一包化錠数等の情報を必ず確認する。また、投薬時にも再度患者とともに調剤ない様について前回と相違ないか確認を行う。			アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」 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
799	グラアルファ点眼液のピックアップ間違い。緑内障点眼液によくある2.5ｍｌと、5ｍｌの認識間違い。	グラアルファ点眼液は5ｍｌ瓶のところ、他の緑内障点眼液にあるような2.5ｍｌ瓶と勘違いして、処方5ｍｌ（1瓶）を2瓶ピックアップ。	緑内障点眼液のうち2.5ｍｌと5ｍｌの保管場所を別にする。			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
800	ワイドシリン10%で処方あり	当薬局には20%の在庫しかなく、20%に換算して入力したつもりが入力間違いあり。監査者が気付き、交付前に変更できた	換算する際は、ダブルチェックで行うようにする。	ワイドシリン細粒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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
801	当事者1【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠1錠1日1回朝食後28日分処方を調剤する際に、テルチアAP錠「サワイ」28錠を棚から取るべきところ、近くに配置されているテラムロAP「トーワ」28錠を取り違えて調剤した。当事者2鑑査時に、取り違えに気が付かず投薬した。帰宅後、患者が服用前に気付いて投薬5日後に持参。服用前のため健康被害等はなし。謝罪し交換回収した。	一般名処方であり、テルミサルタン４０が含まれている点、名称にAPが付いている点から商品名が似ているため取り違い、鑑査漏れがあった。	調剤時、名称に鉛筆でしるしをつけるなどし、調剤間違えを防止する。投薬時、一般名処方で商品名が似ている場合は薬情、薬袋の画像と商品名を照らし合わせて、もう一度確認する。	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	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
802	当薬局にはベタメタゾンリン酸エステルが2種類あり、一般名で処方された時は通常リノロサールで投薬しているが、本件は商品名記載だったが一般名→リノロサールで入力されていた。鑑査時の確認が不十分で、そのまま監査システムを通過してしまった。初めて出る薬だったので、投薬時の患者様との確認でも見落としてしまった。	事務1人、薬剤師1人で混雑し、尚且つ本患者様の他Rpの疑義照会も発生しており注意がそちらの方にいってしまっていた。	混雑時でも監査の順番を徹底させ、手技を見直す。	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」	リノロサール眼科耳鼻科用液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
803	モンテルカスト一錠10ｍｇ一般名処方されているものを、モサプリドクエン酸塩錠5ｍｇで調剤をし投薬をしてしまった後日、患者本人からの連絡で、調剤過誤に気づく。	調剤棚の配列が上下にあり、漫然と調剤を間違え鑑査時も見過ごしてしまった。	調剤後の鑑査を徹底させる自己判断また思い込みでの行動を改める投薬時、処方解析と患者の病状の聞き取りをしっかり行なう			モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＮ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
804	モビコールLD2包就寝前の処方の所HD1包で良いと勘違いし、ミスが発覚	思い込み、忙しさによるチェック不足	注意喚起をする札をつけることにした	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
805	毎月受診後30日分処方される患者様でここ1年ほど処方内容の変更がない患者様であった。処方入力後、ノボラピッド注フレックスペンのバーコードをミスゼロ子で読んだところブザーがなり、フレックタッチで入力されていた。入力者が前回DOで引っ張ってきたとのことで、念の為過去の処方を確認したところ、1月の処方分からフレックスペンの処方だったが、今までタッチの方でお渡ししていたことに気がついた。1月から月1回で処方箋を応需しており、複数の職員が関係していたが、4月になるまで誰も気がつくことができなかった。	薬局の在庫でフレックスタッチがまだあり、入庫も少しずつされていたため、まだペンの処方箋に切り替わらないだろうと勝手におもいこんでしまっていた。また大きい病院は薬剤師会を通して、ノボラピッド注フレックスタッチから他に変更するとお知らせがあったが、個人の医院からはそのようなお知らせはなく、変わるタイミングがわからず在庫があるのでまだ変更しないだろうと思ってしまった。	ノボラピッド注フレックスタッチの流通が停止するのは薬局内で周知はしていた。処方入力、調剤、監査の時にしっかりと文字の最後まで確認するよう徹底する。	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
806	秤量時にポララミンDsの薬品瓶のスキャンしたところ、アセトアミノフェン20%のバーコードがついていて、そのまま継続。監査時に薬品名が異なっていることに気が付いた。	ポララミンDsもアセトアミノフェンも薬局で用意している使いまわしの薬品瓶を使用していてた。出荷調整品の薬品で、他店舗から小分けで入荷したもので、普段は充填が必要な薬品ではなかった。バーコードの貼り替えができていなかった。	充填が必要な場合はその都度薬品名とバーコードの管理を徹底する。			ポララミンドライシロップ０．２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	アミオダロン50ｍｇで処方されていたが入力を100ｍｇで入力してしまう。薬は50ｍｇを渡した。	100ｍｇで継続して処方されていたので思い込みで100ｍｇで入力。別の薬剤師が入力ミスに気付く	継続して処方されている場合も規格には注意を払うように指導	アミオダロン塩酸塩速崩錠５０ｍｇ「ＴＥ」	アミオダロン塩酸塩速崩錠１００ｍｇ「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
808	ツムラ抑肝散のピッキングの際に通常７シートで帯がされた状態になっているが、１シート少ない６シートの状態で帯がされていたため、３包少ないピッキングとなったが、投薬前に薬剤師が気付きお渡しには至らなかった。	忙しいときには帯を剥がすことが徹底できなかった可能性がある。	ピックング時に数が替わった場合はかならず帯を剥がして捨てる習慣をつける。			ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
809	クロピドグレル錠75mg「SANIK」を42錠調剤すべきところ、クロピドグレル錠75mg「SANIK」40錠とセフカペンピボキシル錠100mg「SW」2錠を調剤していたクロピドグレルの10錠シートを4枚取り揃えた後、残りの2錠を取る際に端数を入れている小さなトレイからクロピドグレルを取ったつもりが、隣のセフカペンピボキシル2錠を取ってしまったよう監査で気づいたため、患者さんに交付することはなかった	薬品棚が可変棚で隣の薬品との境がわかりづらいこと、ヒートの色が同じ青であること、ピッキングした後の最終確認が不十分だったことが今回のピッキングミスの要因と考える	端数を取る時はシートと同じ薬品をピッキングしているか確認することを徹底する箱やヒートのデザインが似ているものを近くに置かないように薬品棚の配置を見直す今回、セフカペンピボキシルの配置を移動し、同じミスが起きないよう対策した	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	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
810	当初、ニトロペン舌下錠が処方されていた。患者と確認中、以前のものとシートが違う、屯用の薬で血圧が下がり、冷や汗などの症状がでたことがあるとのことで、お薬手帳を確認しニトロール錠5mgが1年前に処方されていたため見せたが、どちらで体調不良になったか分からないとのことでそのままニトロペン舌下錠をそのまま交付。薬歴記入中に、4年前の記録にニトロペン舌下錠で体調不良がでたとの記載があった為、病院に疑義照会。ニトロール錠5mgに変更となり、交換を行った。	名称が類似していたため、患者がどちらで副作用がでたか覚えていなかった。薬剤師が薬歴をよく確認していなかった。	薬歴を隅々まで確認する。患者の聞き取りをしっかり行う。			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
811	ワントラムの処方をトアラセットで交付。訪問看護師が、薬の管理時に気づき薬局に電話連絡があった。患者の体調変化はなかった様子。	処方箋のQRコードが読み込めず手入力を行ったため、一般名トラマドール100ｍｇを、一般名トラマドール・アセトアミノフェン配合錠で入力したと考えられる。監査、交付時とも調剤録のみの確認となったため、患者にトアラセットが交付された。	交付前の薬の確認は処方箋、調剤録両方で行う。処方入力時、普段と異なる画面が出たときにはより一層注意を払う。	ワントラム錠１００ｍｇ	トアラセット配合錠「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
812	アスパラカルシウムで調剤すべきところを、アスパラカリウムで調剤した。	退院後の来局。処方内容はすべて新規のもの。	特に一般名処方の時は、マスターにあがってない薬だと、上ってるものでヒットするものを早とちりで選んでしまい、そのまま入力→調剤に結びついてしまうことがある。採用品目でないものもあるということを念頭において入力、調剤することとする。	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
813	添付文章と異なる用法1日3回を見落として調剤・監査を行い、投薬時に別の薬剤師が気づき疑義照会にて1日2回へ変更となりました。	繁忙時間帯および慣れによる見落としではありますが、当事者の年齢によるミスが他者より多く発生している	引き続き別の薬剤師が最終確認を行い、未然に防ぐようにします。			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
814	アジルサルタン錠10ｍｇを６０日分調剤するところ、フェブキソスタット錠10ｍｇを投薬してしまい、患者が気づいて連絡来る。責任取って、投薬した薬剤師をやめさせろ、始末書をかけと凄い剣幕だった。服用したら、どんな副作用が出るのか？と問われ、合わなければ薬疹出ることを説明した。薬の交換に行くというも、自分が行くと言われ交換した。迷惑をかけたので薬代を返金した。お金ではないと言っていたが、喜んで帰った。その後、始末書を取りに来るというも来ていない。この件について、処方元の医師・地区薬剤師会・保健所に報告した。	本人はなぜ、そんなミスをしてしまったのか記憶がなかった。１時間一人薬剤師だった。	処方箋・薬・薬情・薬袋の確認を怠らないよう常に注意するように心がける。	アジルサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」	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
815	薬局での入力を見て処方を行い、処方せんの確認を怠った	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻薬、フルチカゾンフランカルボン酸エステルは以前から一般名が酷似しているため、注意していたが、繁忙時に入力を信頼して処方してしまった	この点鼻2点は、以前から取り違える可能性が予想できた為、日ごろから注意していたが不注意が重なった処方前、監査、投薬中、何度も複数人で確認する	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」２８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	
816	アムロジピンOD錠5mgが処方されていたが、薬の説明書には「アムロジピンOD錠2.5ｍｇ」と記載。鑑査者がこの規格の間違いに気づかずに施設へ交付。後日、事務員が気づいて発覚。	閉局後に鑑査しており、精神的に焦っていた。	規格も正しいか、しっかり確認していく。			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
817	般）フェルビナクローション100ML処方あり。フェルビナクローション「ラクール」100mLを2本調剤。薬剤師は自分のみだったのでそのまま投薬に出た。翌日、別の患者さまに般）フェルビナクローション100MLの処方あり。昨日の調剤の誤りに気付き、在庫も確認した。1本少ないことから、2本投薬したと思われる患者さまにTEL。2本あったと確認した。謝罪して1本回収に伺った。	フェルビナクローション「ラクール」の包装が100mLである認識が薄かった。また、この患者さまの来局前に同内容の処方に対して、先発品のナパゲルンローションを50ML、2本調剤したことで思考なしで調剤したと考察。	外用薬の1本のグラムやミリリットルの一通り目視、頭に入れる			フェルビナクローション３％「ラクール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
818	一般名処方の処方箋。同一メーカーの商品であったが、名称変更があったため入力者はメーカー変更をしながら入力する必要があったが気付かずに旧名称にて入力した。	久しぶりの来局者であり、メーカー変更をする頻度が少なくなったタイミングであった。注意散漫となったことにより、入力ミスが発現。	これまでも入力ＰＣ付近には、注意喚起の文言を張り出して意識されていたがより目立つよう作成し直してミスを従業員で共有した。また、定期的に来局している患者様で、まだメーカー変更の入力をしていない人を抽出して、各患者様のコメント欄に注意喚起を記載した。	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
819	患者にイミグラン皮下注が１０筒処方された。処方箋を持ってくる前に患者より在庫状況を確認する電話があり、監査した者が電話を対応した。本来は１箱に２筒入った包装単位だが、１箱１筒だと勘違いして、３筒あることを事前に知らせているのを調剤者も聞いていた（実際は６筒あった）。処方箋を持ってこられ、処方箋をもとに薬の準備を始めた。事前に電話の内容を聞いていたので、調剤者、監査者共に1箱1筒の包装だと思い込み、先に３筒準備し患様にお渡しした。数分後、発注を行う画面を確認したら、イミグラン皮下注の在庫数が－４筒になっていることが発覚し、実際には６筒お渡ししていることが判明した。	勝手に１箱１筒と勘違いしたため、しっかりと包装単位を確認せず、調剤監査投薬を行ってしまった。	調剤・監査する時は、箱に記載された包装単位をしっかり確認する。			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
820	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には『パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ』が処方されていたが、事務員が規格違いの『パルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ』と入力。鑑査時に薬剤師が間違いに気付いた為、患者へは間違いなくお渡しした。	前回が『パルモディアＸＲ０．２ｍｇ』で処方されており、思い込みでdo入力してしまった。０．４ｍｇは０．２ｍｇに比べ処方量も少ない為、０．２ｍｇだろうという思い込みが更に強かったと思われる。	思い込み入力をせずに、薬品名を最後まで確認する。規格違いがある事をしっかりと認識しておく。	パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ	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
821	不要になった一包化薬を分包機に戻す際、ミヤBMのなかにスピロノラクトン錠が１錠混入していた。別日一包化して監査時発見した。	外観が似ており、分包機に戻す際に違う薬が混入していることに気が付かなった	戻す際にしっかりと適切な薬か再度確認する	ミヤＢＭ錠	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
822	当該患者の一包化の薬を監査しているところ、色の異なる錠剤が分包されているのを発見。よくみると、錠剤の印字も異なり、確認したところ、沈降炭酸カルシウム錠に混ざり炭酸水素ナトリウム錠が数錠入っていた。	ピッキングをする際に、間違った錠剤を集めてしまった可能性がある。（外観が似ているため、間違って集めてしまった。もしくは、以前箱に戻す際に間違った箱に直されていた可能性もある。）また、分包する際に、外観が似ている薬の為、薬剤師も異なる薬であると気づくことができなかった。入力前に一包化の作成をはじめており、監査システムを通すことができなかった。	外観の似ている薬は、類似品と注意喚起し保管する様にする。また、棚間違いを防ぐためにも棚の場所を離すなどの対策をする。今回、1人の患者にしか出ていない薬であったため、〇〇様用などと箱にメモ書きし貼っておく。出来る限り、入力ののち、監査システムを通した後で分包作成をするようにする。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「ＮＩＧ」	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
823	一包化予製を鑑査している際に下記の誤りを発見した。＜正＞アルファカルシドール０．５μｇ＜誤＞グリメピリド０．５ｇ事務員によるピッキング、調剤者による鑑査を経ての誤りであり、SU剤絡みの過誤であった為、報告する。	当薬局では予製作成はチャック袋に予め事務員がピッキングしており、それを薬剤師が鑑査して一包化を行う。一包化後の鑑査において誤りを発見したが血糖降下薬の誤りであったので、患者に投薬した際には副作用の発現が考えられる。	全員に事例の共有を行い、血糖降下剤や抗血小板薬等の特に注意の必要な薬剤に関しては棚にシールを貼り注意喚起を行った。			グリメピリド錠０．５ｍｇ「ＪＧ」 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
824	当薬局のみをご利用の患者様。今回の処方でリスパダールOD錠０．５ｍｇが処方されていた。前回の処方でリボトリール錠０．５ｍｇ処方されていたため医師から継続の可否について患者様に確認したところ、特に何も聞いていない。薬が変わると思わなかった。とお話されていたためクリニックに疑義照会を行った。その結果リスパダールではなくリボトリールの処方間違いだったことがわかった。	普段から患者様からの聞き取りで診察の内容と処方薬があっているか確認しているため。	患者様からの聞き取りをする際に先生と薬の話をしているか、処方内容と一貫性があるか確認をする。	リボトリール錠０．５ｍｇ	リスパダールＯＤ錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
825	コンバントレインドライシロップ10%を1回1包1日1回のところ、1回2包で服用してしまった。健康被害はなし。2週間後に同じ薬を飲むように言われているが、服用してしまったため手持ちなし。	薬袋には１回1包の記載があったが、手書きで2包に訂正してあったと患者家族より指摘あり。処方箋の服用量と薬袋の服用量の確認不足が要因にあると考えられる。また、交付時も患者と一緒に薬剤と薬袋を照らし合わせての投薬ができていなかった。	小児の散剤の分包品は薬袋の印字と実際の服用包数がずれる場合があるため、監査時および投薬時により慎重に確認する必要がある。また、交付時も患者家族と一緒に服用数と日数、服用方法に認識のずれがないか薬袋、薬剤、薬情含めて一緒に確認することを徹底する。			コンバントリンドライシロップ１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	スチックゼノールAの処方に対し、フェルビナクスチック軟膏を交付してしまった。この日は患者の家族が薬を取りに来たこともあり投薬時の説明の時に発覚できず、後日患者が薬袋を開封したときに患者本人が違う薬に気づいた。直接薬局に持参し、正しいスチックゼノールＡをお渡しした。	スチックゼノールＡとフェルビナクスチック軟膏は包装が類似しているため間違えやすい薬ではあることが要因と考えられる。また、今回は患者の家族が代理で薬を取りに来たこともあり、投薬時の説明で気づけなかったことも要因と考えられる。	繁忙期でも焦ることなく、間違えやすい薬はより細心の注意を払って処方箋のチェック、ピッキング、監査、投薬を行っていくように心がける。	スチックゼノールＡ	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
827	特養施設患者30人弱の処方箋が来てから調剤後2時間ぐらいの間で監査となるが、その監査をしながらも外来患者対応あり。入所してからの2回目の処方の患者で入所前からのツムラの抑肝散が処方され用法も1日２回であった。担当している特養の医師はクラシエの１日２回タイプの抑肝散加陳皮半夏等を基本処方されるが今回は以前の病院からの薬そのままでツムラの抑肝散で処方された。それを思い込みと1日2回との用法からクラシエの抑肝散加陳皮半夏等を投薬した。特養の看護師の連絡により交換した。	漢方の処方は１日量がg記載でありツムラとクラシエの1包当たりのグラム数は記憶していなかったにもかかわらず確認しなかった。クラシエは１日２回の用法の製剤で用法からいつもの抑肝散加陳皮半夏等と思い込んでしまった。	1包当たりのグラム数も確認する。医師も1包当たりのグラム数を間違えることもあり、漢方は漢字であることもありしっかり調剤者も監査者も漢方の名称は最後まで確認する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	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
828	28包のうち何包化かが商法の薬とは違ったものがあった患者様からご指摘がありました	漢方の在庫の棚が隣同士でありかつ放送の色が同じであったこと。鑑査したものがきちんと確認しなかったことなど色々重なってしまった	漢方の在庫の位置を変える鑑査の時にはきちんと名称、番号の確認を行う事	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	PMDAによる調査結果
829	ケフレックスカプセル250ｍｇ処方入力⇒ケフラール250ｍｇで入力。	処方箋にQRコードもついているが、当薬局で読み取りの機械なく手入力。事務員入社間もないため知識不足もあり入力間違い。	ケフラールの在庫をなくし、判別しやすいGEの採用にする。事務員の入力時に薬剤師より類似品ある旨伝えて入力を開始する。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	普段より部位顔でアルメタ軟膏が処方されていたが当日はモメタゾン軟膏が処方されていた。顔に対し強いステロイドが処方されたことにより患者に変更について確認してみたところ変更については話をきいていないとのことであった。処方元へ確認し普段より処方されているアルメタ軟膏へ修正となった。	医院のカルテにはアルメタ軟膏が記載されていたようだが、手書きであったため読み間違いフルメタ軟膏と入力してしまったものと思われる。処方医院ではフルメタ軟膏のほうが圧倒的に処方機会が多い。フルメタ軟膏を一般名に変換することでモメタゾン軟膏が記載された処方せんが発行されたと推測される	当該ステロイドの外用薬の処方であったことから、軟膏の強弱と使用部位の関係をより注意して確認する			アルメタ軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	ナトリックス錠１ｍｇの半錠が処方され、薬のピッキングをしたところ調製者がトリプタノール錠１０ｍｇの半錠と取り間違え、当該薬局の薬剤師が発見した。	２つの半錠製剤それぞれを作り置きしていたところ、同じ引き出しに入っていたため取り間違えた。	同じ引き出しに２つの半錠製剤を入れている場合は包装にそれぞれ薬剤名を記載した注意書きをつくる。監査システムを利用しながら調製する。それぞれの半錠製剤を別の引き出しに入れる。同じ引き出しに入れる場合、並べて置かないようにする。薬歴で患者の疾病を確認し、処方意図を考えながらピッキングを行う。	ナトリックス錠１	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
832	処方箋は、セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」　0.2ｇ　分2　朝・夕　7日分となっていたが、調剤の際に、レボセチリジンDS0.5%「タカタ」で、調剤を行っていた（1日0.2ｇx7日分　計量）監査者が投薬前に気が付き、お渡しする前に、正しいものに修正した。	名称が類似しており（メーカー名も同一）規格もなんとなく似ている。普段から、調剤を行うことが多いのがレボセチリジンの方であり、セチリジンは普段、あまり調剤を行わないものであった	今回の場合、仮に、レボセチリジンDS0.5%であったとした場合に、成分量の少なさ（今回の患者の場合は1日0.5ｇ、1日0.2ｇでは少ない）から、調剤時に違和感を感じてほしいところである。監査システムを利用しているので、調剤時注意との表示が出るように変更する	セチリジン塩酸塩ＤＳ１．２５％「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
833	アリピプラゾール１ｍｇの処方だったが、間違えてグリメピリド１ｍｇにて調剤、一包化してしまった。	アリピプラゾールとグリメピリドの棚が近く、両方ともにピンク系の色のシート、錠剤であり「１ｍｇ」であることから先入観で調剤してしまった。また、薬剤師一人で調剤、監査して気づくことができなかった。	どのような状況であっても、調剤、監査は別の者が行い、確認する作業を重点的に行う。	アリピプラゾール錠１ｍｇ「サワイ」	グリメピリドＯＤ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
834	17：00頃処方箋を受け取り、調剤しているときにレボセチリジン塩酸塩錠5ｍｇ処方なのに横に置いてあるセチリジン塩酸塩錠10ｍｇを取り出し、監査装置にかけずに薬袋に入れた。患者からＴＥＬありいつも飲んでいるのとヒートが違うと連絡あり。自宅まで交換に伺う。服用していなかった	薬効が同じである事と薬品名をよく確認せず監査装置にかけなかったこと。	監査装置を必ず通すように注意するようにした。	レボセチリジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	セチリジン塩酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
835	半錠の分包品のセパゾンを入れ忘れた。	たまたま同じような分包品のものがもう一種類あり、それが目的の分包品と思い、見誤ったと思われる。本人が入ってない事を見つけ、訴えたため、調剤漏れに気付いた。	薬袋に入れたものにチェックをし、確認する			セパゾン錠１	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	カンデサルタン４ｍｇ　２，５錠の処方だったが、２錠は自動分包機から落ちてくるため、０，5錠を手巻きした。引き出しから出すのを間違えて、調剤者がそのまま調剤。監査で気が付いた。	名前が似ていて、保存の場所が同じだったため、取り間違えた。調剤者も確認不足で調剤した。	0，5錠の瓶の名前をはっきり書き、箱のパッケージを貼り付ける。	カンデサルタンＯＤ錠４ｍｇ「サワイ」	カルベジロール錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
837	一般名　ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏　14本の処方、強力レスタミンコーチゾン軟膏と思い用量確認の疑義照会をしたところ処方はヘモレックス軟膏であった。	一般名がよく似ている。ヘモレックス軟膏はヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏はヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン等配合軟膏	従業員に周知。棚に一般名を記載。似ているものがあるとポストイットを貼った。	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
838	レスタミンコーワクリームの処方で、レスタミンコーワクリームとスピラゾンクリームの混合薬をお渡し。患者様が軟膏壷のシールにレスタミン、スピラゾンの印字があったのに気づきお電話された。	日常的によく出ているのは、レスタミンとスピラゾンの混合薬であったため、思い込みによる調剤・監査・投薬であった。	レスタミンとレスタミン、スピラゾンの混合薬の軟膏壷の変更を行い、視覚により更に明瞭にできるようにした。また相互に蓋が合わないような仕組みになっている。	レスタミンコーワクリーム１％ レスタミンコーワクリーム１％	レスタミンコーワクリーム１％ スピラゾンクリーム０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	アレグラ錠2錠14日　セフゾン3カプセル5日分の処方でどちらも14錠　14カプセルしか調剤していなかった	調剤者と鑑査者のミス	調剤者と監査者　他の薬剤師にも注意を呼びかけました			アレグラ錠６０ｍｇ セフゾンカプセル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
840	ウルソデオキシコール50ｍｇを調剤する際、100Ｔ在庫がずれていた薬局内を確認したところ、ニコランジル錠の保管ＢＯＸにウルソデオキシコール50ｍ　100Ｔ包装１箱が誤って入れてあった	両薬剤「トーワ」の製品で、外箱が酷似している為　誤って違う薬の保管ＢＯＸに入れてしまったと思われる	今回の事例を共有薬の入庫後、注意して保管するよう周知			ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「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
841	リウマチ内科を定期受診されている患者様で平素から当薬局を利用されている。 ●処方内容メトトレキサート錠2mg「あゆみ」　4錠　毎週金曜日　朝夕食後7日分フォリアミン錠5mg　1錠　毎週月曜日朝食後　7日分エルデカルシトール0.75μg「サワイ」　1錠　朝食後　49日分 処方内容は前回と変わらない処方であった。メトトレキサート計28錠でお渡しするはずが、２６錠であることに投薬中の数確認で気が付いた。	メトトレキサート錠2mg「あゆみ」は1シート6錠である。ピッキングの際4シートと4錠を取ったつもりが、4シートと2錠でピッキングをしてしまった。繁忙でもあり、患者様をお待たせしているという焦りからピッキングの際注意力が散漫になっていた可能性がある。監査の際も焦りがあり、数の確認が疎かになっていた。	1シートの錠数が特殊なものは、ピッキングや監査での数確認の際、特に気を付けるようにする。今回はマニュアル通り、投薬時患者様と数を確認したことで誤投薬を防ぐことができた。今後もマニュアルに沿って業務に取り掛かることを心掛けたい。			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	
842	今までノボラピッドフレックスタッチが処方されていたが、今回ノボラピッド30ミックスフレックスペンに変更されていて、そのまま調剤・監査・交付となった	交付の翌日患者ご本人から連絡を受けて疑義照会する　ノボラピッドフレックスタッチの流通困難なので処方医がノボラピッドフレックスペンに変更入力しようとしたら誤ってノボラピッド30ミックスペンを入力してしまった	ご本人が来局されない場合、処方変更有無の確認の疑義照会をするもしくは患者本人に連絡をし、処方変更有無の確認をする			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
843	温感か非温感かは都度変わる患者であったが、温感を非温感と見間違い非温感で調剤　監査時に気づき修正	一般名だけで瞬間的に判断すると見落とす事があるため、注意が必要	貼付剤を見たら→温感・非温感　この流れを頭の中で常に意識すること			ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	ベタニス50ｍｇからベオーバ50ｍｇへの処方変更に気づかず入力した。	頭文字と字数　規格　薬効が同一のため　見間違えた。	処方入力後再確認する。マニュアルをとばさない。	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
845	＜処方内容＞フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻５０日本臓器112噴霧1日2回1瓶キプレス錠10mg　1錠分1　夕食後14日分メチコバール錠500μg　3錠アデホスコーワ顆粒10%　3g分3　毎食後　7日分 普段から利用されている患者、薬局の記録よりGE変更希望をしているためGE採用のある医薬品はGEに変更して調剤を行った。その際、フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液（アラミスト）と勘違いしピッキングを行ってしまった。	GE名で記載されている処方箋で、成分名（GE名称）が類似している医薬品が薬局に存在するためピッキングでの間違いが起こったと考えられる。また当薬局のフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液（アラミスト）の使用頻度が高く、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻（フルナーゼ）の使用頻度は少ない為、成分名をみて先入観からアラミストと同一と判断してしまった可能性もある。	今回の場合フルチカゾンまでの成分名が同一であることからその後の文字、規格までよく見る必要があること。また類似の商品名の薬剤が存在することの認知を広めること。導入している監査システム（ミスゼロ子）を必ず使用してから監査を始めること。	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	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「トーワ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	監査時にフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液の用法が成人1日1回の使用だが、当処方箋では1日2回の用法であった為疑問に思い、ピッキングが間違っていることが判明した。その後正しい医薬品に調剤し問題なく患者へ交付した。フルチカゾンまでの成分名が同一であることからその後の文字、規格までよく見る必要がある処方であった。						

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
846	一般名処方の薬剤を規格を間違えて調剤してしまいました	仕事の煩雑さに追われ　確認を怠ったため	確認を何重にも重ね　間違いのないように努めます			ミコンビ配合錠ＢＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
847	処方元の採用品をビラノアOD錠と勘違いし、ビラノア錠で調剤して監査の段階で気づいた	思い込みで処方確定してしまった。	監査手順徹底	ビラノア錠２０ｍｇ	ビラノア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
848	エンレスト100のところ200で処方入力していた。	QRコードなので、大丈夫だと思い込んだ。	入力後再度見直しをする。	エンレスト錠１００ｍｇ	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
849	ユビデカレノン錠10ｍｇ「サワイ」を56錠交付した患者さんから10錠だけモンテルカスト錠10ｍｇ「ケミファ」が入っていると連絡があった。薬局の調剤棚の順番がモンテルカストの1つ下がユビデカレノンであり、PTPの外観が類似していることから取り間違った可能性が高く、連絡後、患者さんへ謝罪の上、交換した。服用はしていなかった。	薬局の調剤棚の順番がモンテルカストの1つ下がユビデカレノンであり、PTPの外観が類似していることから取り間違いがおこった可能性が高い。また、過去にモンテルカストをユビデカレノンの棚へ戻し間違った可能性もある。ピッキングしたものと監査をしたものは異なるが監査で気づけなかった。	今後、同じ間違いが起こらないようにユビデカレノンは調剤棚には保管せず、引き出しの方へ場所をかえた。	ユビデカレノン錠１０ｍｇ「サワイ」	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
850	新患患者さんに柴朴湯のところ柴苓湯でレセコン入力し、そのまま渡薬。数ヵ月後処方元医療機関に突合が入り確認の連絡が来たところでミスに気が付いた。患者さんに連絡し、考え得る副作用がないことなど確認し、正しい薬を郵送させてもらった。その後様子をうかがったところ、正しいものが来ても怖くてのめないのでのんでいないとおっしゃられ、医療機関にそのことも含めて報告し、再度どこかで受診してもらった方がいいということになった。	調剤過誤防止システムを導入しているが間違った入力のまま、コンピに反映した情報で調剤し、処方箋で調剤しなかったことが考えられる。新患の患者さんでもあり、処方意図を細部まで聞取りする関係性がなかった。こちらのミスにしてもおかしいと思った態度が処方への不信感を持たせてしまうのではという間違った危惧があったのかもしれない。渡薬後の速やかなチェックが不足していた。ミス発覚後に特に体調に問題ないことを確認して、正しい処方に訂正することだけをして、処方元医療機関にどのようにすれば良いか、患者さんにも先生に知らせてどのようにしたら良いか指示をもらうことなど、安心させる行動が抜けていた。	調剤過誤は間違わないための手順を遵守すること、入力が間違っている可能性を常に念頭に行動すること、過誤を服用未然、最小限で対応できるように投薬後の迅速な処方箋点検を実施すること、今回の様に長期服用後の発覚では特にだが、どのようにすれば良いかについては処方医に指示をもらうなどして、患者さんが安心できる対応を心がけること（薬局だけで動かない）が教訓と考えます			ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
851	糖尿病性神経障害で治療中の患者に、後日ノイロトロピン錠を処方したいので在庫しておいてほしいと医師から頼まれていた。患者名は伏せられていたがある日来局した患者に、使用歴がなく在庫してないノイロビタン配合錠が処方されていたため医師疑義照会したところノイロトロピン錠の処方間違いだった。	事前に処方したいと在庫を頼まれていたため気が付いた。	情報共有。			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
852	ツムラ17五苓散が処方されているところを誤ってツムラ107牛車腎気丸でお渡ししてしまった	どちらも頻繁に処方される医薬品で外観と番号が似ており、医薬品名の確認を怠ってしまった	慣れた処方、慣れた医薬品であっても必ずルール通り処方箋の医薬品名、用法用量などの確認を行う	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
853	一包化のお薬に漢方をホチキス留めして施設にお持ちする在宅業務を行う患者様の漢方を間違えてつけてしまい、施設に向かって着いた際に気づき薬局に戻り、付け直して再度運んだ。	ツムラ２０防已黄耆湯とツムラ４０猪苓湯は同じ色の包装であり、午後の忙しい時間帯に急いで作ったため取り違いをしてしまったとのこと。	ツムラの漢方は棚の左側から番号順に並んでいることから、注意してとるよう徹底してもらうこと。用意したあとホチキス留めをする前に再度処方箋と薬情と薬品を見比べて間違うことのないよう、ひと手間加えることにした。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（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
854	１２種類の薬が常時処方される患者様で、グリベンクラミド2.5ｍｇとグリクラジド20ｍｇを取り間違えて調剤し、投薬時に気づき変更した。	一般名の頭文字が同じで、規格の頭が「２」であった為思い込みで取り違えたと思われる。また、グリベンクラミドに比べグリクラジド錠の方が取り扱いが多く、それも影響したと思われる。	レセコンに取り違え注意のポップが出るようにし、箱にも取り違い注意の付箋を貼った。	グリベンクラミド錠２．５ｍｇ「サワイ」	グリクラジド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
855	あまり出ないツムラ五淋散が処方されたところ似た五苓散をお渡ししてしまった交付後発注業務時に気が付きすぐに患家に赴き交換した。服用前で患者身体に影響なし	繁忙時に監査がなおざりになっており、普段からよく出る五苓散と思い込んでいた薬袋に処方薬品名が記載されているので繁忙時も落ち着いて薬袋記載の薬品名と監査薬の名称を確認するようにする	似た医薬品名は薬局内で共有し、局内会議で注意喚起した	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
856	辛夷清肺湯の箱の中に抑肝散（３連包が２束）が紛れており、ピッキング時に混在して準備してしまった。	どこかのタイミングで抑肝散を箱に返却する際に誤って辛夷清肺湯の箱に返却していたと思われる。ツムラの漢方は番号順に棚に陳列されているが、外観の色味が似ているため間違えてしまったと思われる。	棚に返却する際はよく注視して返却を心がける。棚に返却時番号、名称注意のシールを付けた。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（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
857	ツムラ半夏瀉心湯の不足分５箱を電話で発注。翌日ツムラ半夏瀉心湯４箱とツムラ抑肝散１箱の納品間違えがあったが気が付かず、患者さん渡し待ちの状態まで準備してしまった。卸から在庫確認のＴＥＬがあり発覚した。交付前だったので中身を入れ替え対応した。	半夏瀉心湯が14番、抑肝散が54番で、包装が酷似していた。半夏瀉心湯しか発注していなかった為、他の薬が混ざっているとは考えず、確認が漏れてしまった。	納品時の確認を徹底する。ピッキングの時は名称で確認する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
858	前回までの処方薬がテラムロ配合錠BP「DSEP」であり、当日の処方にてトリクロルメチアジド錠１ｍｇが追加されていた。継続している降圧薬に新たに利尿剤が追加になったという情報が、心理的に優勢になり、結果テルチア配合錠BP「DSEP」を誤って調剤するに至った。	継続薬の変更において、変更点や注意点の思い込みにより、誤った調剤となった。	医薬品の外観・形状まで確認し、交付時にも患者と一緒に確認を行うことで誤投薬を防止する。	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
859	ツムラ小青竜湯19のところに、麦門冬湯29が混ざっていた。（21包中11包）翌日、患者本人よりTELあり発覚、監査の写真を見て調剤ミスを確認。	漢方の外包類似の為、調剤棚への戻し間違いによるもの	棚へ戻すときはダブルチェックを行う			ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
860	患者本人が家族分含め処方箋を提出。体調等確認の会話後調剤、ツムラ１０７牛車腎気丸が継続処方であったが誤ってツムラ１７五苓散を手に取りそのまま薬袋に入れ患者にお渡しした。翌日患者からの電話で薬の私間違いが発覚、手元に牛車腎気丸の残薬がありそちらを服用したため服用は継続しており誤って渡した五苓散は服用していない。業務終了後患者宅を訪問し五苓散を渡していたことを確認し回収、患者と共に確認の上牛車腎気丸をお渡しした。	業務の慣れによる監査の怠り、薬局にて両薬剤の配置が近い、包装が類似しており番号も似ていたことが原因	配置を変える事、忙しくても監査を徹底すること、投薬の際に毎回患者と内容を確認すること、間違っていないだろうと思いこまないことを意識し業務に臨む。	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
861	一包化をする患者様で、ジャディアンス錠２５ｍｇが処方のところ、ジャヌビア錠２５ｍｇがピッキングされており、一包化前の確認をしているときに気付き取り直した。	同じ血糖降下剤で用量も同じ２５ｍｇの為、思い込みで調剤をしてしまったと思われる。	一包化する前の確認の時に、処方箋と入力内容を確認して薬情と準備されている薬を照合してから一包化するようにする。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
862	スマトプタン５０ｍｇ処方のところゾルミトリプタンＯＤ２．５ｍｇで交付１回服用後いつもより錠剤が小さいことに気づき発覚薬をただしいいもの変更	忙しい時間帯に処方頻度が多いスマトリプタン５０ｍｇ処方と思い込み調剤。鑑査者交付者も同様	処方鑑査などの徹底	スマトリプタン錠５０ｍｇ「ＶＴＲＳ」	ゾルミトリプタンＯＤ錠２．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
863	点眼液：アレジオンLXとジクアスLX　処方は、ジクアスLXとあったが、誤認しアレジオンLXを調剤。局内監査にて、調剤誤認を確認。再調剤を行った。	ジクアスLXは、最近発売され、従来あるアレジオンLXのLXを誤認する可能性がある。	処方箋の確認作業及び局内監査の遵守。	ジクアスＬＸ点眼液３％	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
864	ツイミーグが１５４錠が処方となり薬剤棚から取り出して、ピッキングサポートシステムのPDAで１００錠外箱のGS1コードを読み取りピッキングしたが、端数分が誤って調剤棚に混入していたメトホルミン５００ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」でピッキングされた。その後鑑査者が気づき患者へは正しい薬剤でお渡しできた。	メトホルミン５００ｍｇ製剤（先発、後発ともに）と、ツイミーグ錠との外観が非常に似ている。薬効分類での調剤棚配置のため置き場所が近くなってしまう。	置き場所を工夫し配置を変更する。	ツイミーグ錠５００ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	カルデナリン4ｍｇが処方されたが、一般名をカンデサルタン4ｍｇと勘違いし、ピッキングした。	製品名と一般名が必ずしも類似するとは限らないことを肝に銘じる。	製品の一般名を今一度確認する。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「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
866	ツイミーグとメトホルミンが見た目が酷似しておりメトホルミンを倍量調剤していた	慣れで見た目で判断してしまう	薬の名前を再確認する。場所は離しておいてますが再度確認して焦らず調剤する	ツイミーグ錠５００ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
867	33歳女性　心療内科より継続的にメイラックス１ｍｇ半錠寝る前の処方が14日分処方されている方です。薬局で半錠分包してお渡ししていました。お電話があり、お薬を飲もうと思ったら分包紙の印字が他の人の名前で驚いたとお電話をくださった。正しいお薬にお取り換えしました。	この方の前にロフラゼプ酸エチル１ｍｇ半錠寝る前の処方が14日分があり分包していた。次にこの方を分包する際に、この方の名前に変更せずに再び分包機を稼働してしまったと考えられる。処方せんは一般名でロフラゼプ酸エチルエチルであったので、分包機に残った画面を見た際に、勘違いをしてしまったと考えられる。	分包機による調剤時、基本的な手順であるがのお名前を確認してから分包機の操作を行うとともに、監査、投薬時にお名前印字が間違っていないか、お薬はあっているか、十分に注意を払いたいと思います。			メイラックス錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
868	一包化している患者様。３／１９にアムロジピン(2.5)からアムロジピン(5)へ増量したが、前回同様(2.5)のままお渡しした。４／１３に血圧が変わらずさらに増量になった。処方医に確認し、前回同様(アムロジンのみの増量)処方に変更となった。	一包化・処方箋監査時にアムロジンの増量を確認できず調剤してしまった。投薬前の監査で一包化されている内容を、薬情の錠剤の刻印で確認できていなかった。	一包化・ピッキングの際に処方箋を確認する。調剤時・調剤後どちらでも前回処方との変更点を確認する。最終監査で薬情に記載されている錠剤の刻印をもとに監査する。			アムロジピン錠２．５ｍｇ「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
869	今回、GEへ変更タフルプロスト・チモロールマレイン酸塩配合点眼液の処方せんタフルプロスト点眼液0.5%NIT と思い込んで、調剤してしまった	以前から、GE変更の話が出ていて、この方だけの薬(タプコム)の在庫で、まだあったもともと、タプコム(夫) タプロス(妻)で処方せんもらっていた今回、初めてのGE変更の変更だった思い込んでて、待たせていたの気分もあり薬剤の保管場所も横にしていたので、安易に出してしまった新規のGE、まだ監査機も設定が未完了だった	使う薬は、監査機の設定を早めに行う使う予定のGEは、紙薬歴も併用しているので、名称を付箋で貼っておくなどの準備も必要	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
870	久しぶりに来局された患者様に新規の薬として「エリスロシン錠200ｍｇ」が処方された。入力担当の事務は名称が似ているため「エリスロマイシン錠200ｍｇ（サワイ）」が後発品と思い込み入力、ピッキングを実施。監査で薬が違うことが発覚し、入力および薬剤を変更。「エリスロシン錠200ｍｇ」」を患者様に交付した。	間違えそうな名称の類似薬があるという認識が薬剤師側に不足していた。	あまり見慣れない新規の薬が出たときは入力前に薬剤師と確認後に入力を行う。採用薬で類似の名前がある薬剤についてはこまめに研修を実施し、スタッフ全員の知識の向上に努める。	エリスロシン錠２００ｍｇ	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
871	老人ホーム入居者、以前から整形で使用のテリボンを在宅医が処方継続そのさい、テリボン２８．２μｇ　週2回処方のところ、テリボン５６．５μｇ　週2回で処方されていた疑義照会を行い、テリボン２８．２μｇに変更となった 医師の処方せん入力間違いであり、５６．５μｇの規格は週1回製剤であるため、事前に防ぐことができた	在宅医が処方引継ぎの際、処方したことがない薬に関しては、精通していないことがあるので、薬局薬剤師が薬剤知識を高め誤った処方に気づくことが必要	規格が複数存在する医薬品で普段調剤することが少ない薬は、添付文書を確認すること			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
872	門前ではない整形外科より一般名処方でトラマドール・アセトアミノフェン配合錠２錠分２で処方されていたところ、入力・調剤・監査・交付共にトラマドール錠で調剤、監査、ミスに気づかぬまま患者に交付。患者帰宅後、入力者が入力の再確認を行った際にミスに気づき、交付者がすぐに患者に電話し謝罪。近所であったため、即時正しいものを持参し訪問。服用前であったため、間違っている方は回収した。	患者は２回目の来局で、ミスがあった１週間前に一般名処方でトラマドール塩酸塩口腔内崩壊錠２５mg２錠分２、７日分の処方あり。今回、入力、調剤時に一般名のトラマドールにひっぱられ、変更なしで入力、調剤。監査、投薬時も患者より吐き気や便秘などの副作用の確認に注力し、トラマドールからトアラセットへの変更に気づくことができなかった。	トラマドールの局内名称に星印を付け注意を促す、トラマドール、トアラセットの薬品棚に名称類似品の注意喚起シールを付け再発を防止したい。また、どんなに忙しい状況でも患者からの聞き取りは怠らず、処方に変更がないかなど見落としのないようにしたい。	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	
873	繁忙時間帯であったためにSG配合顆粒処方を、医薬品や包装の外観類似で隣のBOXにあったビオチン散をピッキングして調剤、そのまま監査もスルーして投薬してしまった。	4日後服用使用として患者本人が気づいて家族（奥様）が薬をもって来局。調剤過誤に気付き取り換え謝罪致しました。	医薬品や包装の外観類似の、ビオチン散、SG配合顆粒の保管位置を変更してピッキング時のミスに対応いたしました。	ＳＧ配合顆粒	ビオチン散０．２％「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
874	アプリ使用で処方箋送付後来局されたが１文字違い同処方内容で同じシステムで送付された方がいて取り違える	処方監査まではダブルチェックで問題なかったがお渡し時繁忙時間で一人で確認した	お渡し前も声掛け確認の徹底			ジエノゲスト	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
875	点眼薬にて別の点眼薬をお渡しする	同じ系統の点眼薬にてキャップの色が同じだったため	薬袋とお薬名をしっかり確認する			オロパタジン点眼液０．１％「杏林」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
876	処方箋で似た名前の違う医薬品が登録になっていた。	疑問に思った事は、必ず病院に問い合わせをして確認する	病院にきちんと問い合わせしていたので問題なし			トランコロン錠７．５ｍｇ	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
877	カルボシステイン錠で発疹の副作用歴ある患者様にカルボシステイン錠を調剤しそのままお渡し	慣れない薬歴で作業	禁忌薬をレセコンで登録、ポップアップにあげるなどで禁忌薬チェックをあげて対処			カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
878	一包化のピッキングミス、監査ミスと重なってしまい、処方時にミスに気づき修正。	ピッキング後に再度確認はしているが、見間違いのミスがあった。	ピッキングした後に、分包前にピッキング内容の確認は必須。			イグザレルト錠１５ｍｇ	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例

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	
879	1月29日にアリピプラゾール3mg錠　0.5錠　1日1回朝食後、ミヤBM6錠　1日3回毎食後服用で60日分処方された薬を渡した。患者は1月30日家の近くの耳鼻科に風邪気味ということで受診し、クラリスロマイシン錠200kg 2錠　1日2回朝夕食後、レバミピド錠100mg 2錠　1日2回朝夕食後で6日分の処方で3日目の服用で胃痛が出現し、4日目の朝に当薬局に電話連絡あり、風邪の症状はほとんどよくなったと言われていたので、まずはクラリスロマイシンの服用を中止しレバミピドは服用するように説明。	患者の当薬局からの説明に対する認識不足も一要因と考えられるが、アリピプラゾールとクラリスロマイシンの併用によるCYP3A4との影響関係でアリピプラゾールの血中濃度が上昇したことによる副作用が影響したと考えられる腹部痛ではないかと思われる。	当薬局では今後アリピプラゾールやグアンファシンを服用する患者の薬手帳に赤字で併用注意する薬名をシールにして、手帳の表に貼るようにする。			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「タナベ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
880	添付文書では隔日の用法は存在しなかったため疑義照会を行った。幻覚症状発現したため用量調整したということだった。	添付文書記載以外の用法用量処方は疑義照会し、薬剤師としての業務を徹底する。	用法・用量を必ず添付文書と照らし合わせる。			オンジェンティス錠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
881	患者様より一包化の氏名が異なるとの連絡あり。処方せんの調剤録、監査記録より氏名印字間違いでお渡ししていること発覚。患者さんがデイサービス中の為、その場へ確認に行き、氏名訂正した一包化をお渡しし、陳謝してお取替え。3日間は服用されていたが、同一処方の為、体調への影響なし。	レセコンからデータを転送して一包化調剤の分包機を操作するが、名前を選び間違えて調剤（一包化操作）したと思われる。たまた同一処方であったため、一包化の調剤・監査も見逃してしまい患者さんへお渡ししてしまうことになった。	一包化調剤には、重厚な監査をしているが、薬剤に気を取られるため、患者の氏名には注意がいかないこともある。今後、患者氏名にもチェックを設けて、さらに監査を慎重に行うようにする。			デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
882	平素からＧＥのグリベンクラミドの2.5ｍｇと1.25ｍｇを一緒に処方されている患者様において、医薬品の流通が悪くなってしまったため、グリベンクラミド1.25ｍｇを「ＮＩＧ」に変更した。 当該患者様に投薬時にＧＥメーカーの変更について確認しお渡しした。 先発品のオイグルコン1.25ｍｇと他社ＧＥのグリベンクラミド1.25ｍｇは先発品と同じ銀色のヒートになっている。先発品のオイグルコン２．５ｍｇとＧＥのグリベンクラミド２．５ｍｇは先発品と同じ金色のヒートの色をしている。 しかし、グリベンクラミド1.25ｍｇ「ＮＩＧ」は先発品の2.5ｍｇと同じ金色をしていた。薬剤師が色が1.25ｍｇと2.５ｍｇで似すぎているため、取り間違い、患者様の飲み間違いを考慮し、グリベンクラミド1.25ｍｇのＧＥメーカーを「ＮＩＧ」から他社へ変更した。当該患者様に次回投薬時に再度の変更についてお伝えしたところ、患者様も薬が似すぎていることは気になっていたとの事でした。	ほとんどのＧＥ品は先発品と同じようなデザイン、色をしているが、中にはＧＥメーカーによってデザインや色が大きく変わってしまう事がある。	患者様によっては色で薬を覚えていることもあるので飲み間違いを防ぐためにも発注前にホームページでデザイン、色の確認をすることで起こりうる問題を避けることが出来ると考えられる。			グリベンクラミド錠１．２５ｍｇ「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
883	ベセルナクリームの患者さんに日光角化症治療薬の説明書をお渡ししようとしてしまった	説明した薬剤師（皮膚科勤務経験あり）が、泌尿器科からの処方せんなのに、皮膚科の経験を踏まえて日光角化症の説明用紙だけで説明しようとした。他の薬剤師が気が付いてコンジローマの説明書に差し替えた	説明書の場所を変えた。取り出すときに「皮膚科」｛泌尿器科｝の分類のファイルに入れた			ベセルナクリーム５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
884	患者の不注意：分包の折り返しに気づかず、２包重ねて開封し、１包に２日分入っていたと訴えた。経緯：患者は昨日の夜で定期薬がなくなったため、朝の薬を飲めず、慌ててクリニックを受診した。受信後に来局、今朝の薬を服用していないと訴えた。 受診のタイミングはいつもギリギリであるが、服薬は問題ない様子である。今回の処方は前回と同じ内容であり、いつも通り名前・用法を印字して分包、朝食後60包、夕食後60包をそれぞれ薬袋に入れてお渡しした。投薬の際には１回量と日数を患者と一緒に確認している。患者は帰宅後、朝の薬を飲もうとして分包を開封し、皿に入れたところ１４粒（２日分）が出ていることに気づいて、びっくりし、薬局に電話連絡してくれた。 担当した薬剤師は電話で状況を確認し、患家に急行して状況を確認した。１包は６錠＋１Ｃａｐが入っていることを確認し服用した。たくさん出てきたものはティッシュの上に残されていた。残りの分包数を数えると５７包あり、残り２包あるはずなので、患者に開封した空袋を探すように言うと、折り目で重なった２包が出てきた。患者と一緒に見てみると気づかずに２包同時に開封してしまったことを確認することができ、患者も納得していた。	今回の事例は朝食後、夕食後をそれぞれ６０日分連続で分包してお渡しした後に、折り返しに気づかずに２包重ねて開封してしまった事例であった。あまりにも数が多かった（１２錠＋２Ｃａｐ）ため、患者が気づいてすぐに薬局に連絡をくれたため、別の１袋を服用し、誤って開封された現物が残ったままで原因究明までできたヒヤリハットの事例であった。患者はとても神経質で、不安症であり、いくつもの医療機関をはしごする方で誤飲、誤薬のリスクが高いため、不安なことがあったら、いつでも連絡くださいと繰り返し確認し、電話や来局されることもしばしばであった。今回もすぐに連絡があったため、誤飲を防ぐことができた事例である。	朝食後で連続分包してお渡しする際に必ず、折り返し部分ができてしまう。１袋に何粒入っているのかを確認してお渡しするだけでなく、用法が間違っていないか、重なっていないかを確認した後に開封するように徹底していきたい。			ワーファリン錠１ｍｇ ワーファリン錠０．５ｍｇ エソメプラゾールカプセル１０ｍｇ「ＹＤ」 アジルサルタン錠２０ｍｇ「トーワ」 レバミピド顆粒２０％「ＴＣＫ」 アムロジピン錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」 酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
885	（般）メサラジン錠５００ｍｇの処方当薬局にはメサラジン徐放錠しかない。先発品に当たるものはペンタサ錠500mg（メサラジン徐放錠）だし、メサラジンの徐放錠じゃないものって存在するのか？メーカー（トーワ）に確認したところメサラジン錠からメサラジン徐放錠に名称変更したとのこと（般）メサラジンの処方でメサラジン徐放錠を調剤して間違いないと確認。	潰瘍性大腸炎または関節リウマチの治療薬のサラゾスルファピリジンは徐放錠と普通錠がありそれぞれ適応が違う。メサラジンはどうだったか混乱してしまった。	患者さんに交付する前にメーカーに聞いたりネットで調べたりしてきちんと対応した上でお渡しできた。			メサラジン徐放錠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）・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	一般名処方について入力の際にクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%を選ばなければいけないところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を選択してしまったピッキングは正しいものを用意していたため、照合システムによりミスが発覚	一人薬剤師で入力やピッキング・監査の業務を行わなければならない。基本3文字入力でおこなっており画面上はすべて文字数が出ていたが、後半の剤型と%を確認して選んでしまった	一人で確認するうえで、それぞれのタイミングで思い込まないように、新しい気持ちで処方箋を確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	
2	一般名処方でモンテルカスト錠が処方されているのにモサプリド錠をピッキングした。	調剤者の心理的な問題が原因か？最初の一文字のみで何か勘違いしたのか、それとも集中力にかけていたのかは不明	調剤時の基本的な注意点を再度、薬局内で確認。	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「明治」	
3	ベタヒスチン6mg「トーワ」の所ベタヒスチン6mg「日医工P」で入力していた。	ベタヒスチンのメーカー変更が事務員にしっかり伝わっておらずメーカー違いの医薬品を入力していた。	メーカーが変わる際はメモに取りしっかりと事務員に伝える。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「トーワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「日医工Ｐ」	
4	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯で処方が出ていたが、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯で計数調剤していた。監査者は漢方の色を把握していたので、誤ってピッキングされている事に一目で気づいた。	2週間前にも処方があり、計数調剤した者は在庫があるものと思い込んでいたため、名称をきちんと確認せず、薬剤名称のシルエットで計数調剤してしまった。	名称類似の医薬品の採用の周知徹底。	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）	
5	調剤者はアレジオンＬＸ点眼液0.1%処方のところ、アレジオン点眼液0.05%でピッキングを行い、監査システムの事前登録にて薬品バーコードを入力してしまった。処方入力後、事前登録情報をデータ照合しなければならなかったが行わなかった。監査者は気づかず投薬を行ってしまった。事務員が監査システムの事前登録と処方入力情報の未照合に気づき照らし合わせたところエラーとなり発覚。直ちにお渡し済みの未使用薬品と正しい処方薬との交換を行った。	あわただしい時間帯だったこともあり、監査システムの事前登録後、照合忘れが発生してしまった。監査者は監査システム照合を行っているという先入観もありミスを見逃してしまった。監査時に再度監査システム照合に対する店舗内ルールがあいまいだった	監査システム照合がなされているか監査時にもチェックを行う監査システムの使用ルール尊守投薬時、処方原本内容との齟齬改めて確認しながら説明行う	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％	
6	以前よりウルティブロ継続吸入の患者様に対し、オンブレスを調剤投薬。オンブレスが他患者様に処方の際に薬局在庫がなく、ウルティブロではなくオンブレスを調剤していた誤りに気付く。患者さまもいつもと違いに気付いてはいたものの、そのまま吸入行っていた。	思い込みが原因の一つ。薬局配置も近くにあったため間違いが生じたと推測。	薬剤名の確認毎回実施。また、今回は１人調剤監査が行われたが、必ず複数での実施行う	ウルティブロ吸入用カプセル	オンブレス吸入用カプセル１５０μｇ	
7	ボナロン錠35処方のところボノテオで調剤していた	作業をルール化されているが忙しい時に、ルールを逸脱していた	1人調剤をしない。必ず他のものが確認すること	ボナロン錠３５ｍｇ	ボノテオ錠５０ｍｇ	

類型IIIの事例（事例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
8	カンデサルタン8mgを渡すところを誤ってカルブロック8mgを渡した患者本人からの問い合わせから発覚し、服用前に再確認し正しい薬剤と交換した	作業人数が少なく、名称が類似していた点もミスを誘発した可能性あり	ダブルチェックの徹底	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」	カルブロック錠８ｍｇ	
9	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%とプロペトのミックスの指示があった。誤ってベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「サトウ」とプロペト準備し調剤前の自己監査で発見	アンテベート軟膏、リンデロンDP軟膏と先発では全く違う薬名が一般名になると成分名が長く似ているものが多い。薬袋の写真も白い軟膏で表示される思い込みで調剤してしまった。	特に軟膏の場合は混ぜてしまうと区別がつかないの調剤の前の監査に重点を置き、混合後の軟膏についても使用した容器でダブルチェックを引きつづき行っていく。薬剤の写真については混合した白い軟膏の写真ではなく薬名が書かれているチューブの写真に変更した。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＪＧ」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「サトウ」	
10	平素は耳鼻科に通院している患者が、小児科受診し（一般名処方）トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1%　５ｇが処方された。耳鼻科で、（一般名処方）トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏　５ｇも処方されたことがあり、入力を誤った。使用部位が、頸部だったこともあり、入力間違いに気づいた。	一般名処方の場合は、最初の3文字検索や、名称類似のもの、末尾に（）書き（持続性や、12時間持続など）の確認不足で異なる薬剤を交付する恐れがあるので、入力者も監査者も必ず一般名処方の全文を確認して交付する必要がある。	一般名処方の際は、入力時に規格、（）書きに印をつけて注意喚起を行う。監査者は必ず入力と代替品があっているか確認してから交付する。	トリアムシノロンアセトニド軟膏「トーコー」	オルテクサー口腔用軟膏０．１％	
11	思い込みおよび確認不足による調剤。リンデロンVローションを交付するところ、誤ってリンデロンVGローションを交付してしまった。本人は薬剤の違いに気づいていたが、１～２回使用したとの事。使用後に患部の異変等は無かったという。	当薬局に初めて来局。他院でもらっていた薬を、当薬局近隣医療機関にてDO処方してもらっていた。同処方内に別部位にリンデロンVGクリームの処方があった。当薬局にてリンデロンVローションの取り扱い（備蓄）はなかった。以上の背景において、思い込みによる調剤を行ってしまった。（思い込みの起こる原因として、同処方に類似成分のクリームが処方されていた、また近隣医が処方することがない品目であった、などが挙げられた。）類似成分がある薬剤に関しては特に、類似成分の処方ではないかどうかの注意も必要である。	初めて交付される薬剤に関しては特に、名称の相違が判断できるよう、一文字監査や薬剤情報提供書の写真等なども活用し、注意深く確認する事とする。	リンデロン－Ｖローション	リンデロン－ＶＧローション	
12	「レ」から始まる2ｍｇの薬という思い込みにより「レキソタン２」→「レスミット２」と間違えて調剤してしまった。	慣れによる処方箋原本の照らし合わせが曖昧、また、監査機器の使用を忘れていたこと。	必ず監査機器を使用し調剤を行う。処方箋の薬品名はしっかりフルネーム確認を行い調剤を行う事を周知・徹底した。	レスミット錠２	レキソタン錠２	
13	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ５６噴霧用　１キット　１日２回点鼻の処方でフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用　１キット　１日２回点鼻として入力していた。	ステロイドの骨格名、剤形、噴霧用が一致しており、一見してみると間違いやすい。	間違いやすいケースとして注意喚起。医薬品名（もしくは成分名）＋含量での入力を推奨。それぞれ用法が異なるため気付ける可能性もあるが、入力ミスの可能性もあるので疑義照会する前に同種同効薬同士の入力ミスでないか確認するように指示。	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	

類型IIIの事例（事例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
14	メコバラミン錠５００μｇ「トーワ」を調剤しないといけないところ、メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇMT「ニプロ」を誤って調剤した。調剤者が監査システム使用時に誤りに気付いた。	背景：忙しい時間でもなく気がそれるような状況でもなかった。要因：頭文字だけを最後まで薬品名を確認しなかった。少しでも早く薬をお渡しするために急いでしまった可能性あり。	薬品名を確認するときは頭数文字だけでなく最後の文字まで確認をする。	メコバラミン錠５００μｇ「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇMT「ニプロ」	
15	トラネキサムカプセルが処方されている所トコフェロールカプセル（100）を間違って取ってしまい、監査者に指摘され間違いに気づいた。	トラネキサム酸成分の薬の供給が不安定であり、錠剤やカプセル・メーカーなど統一せず手に入るもので在庫しているため、棚の配置が頻繁に変更されている状況である。今回、以前トラネキサム酸錠があった場所に、トコフェロールカプセルが置いてあり、思わず調剤してしまった。	棚の配置やメーカー名などが頻繁に変わっている状況なので、普段以上にしっかりと名称の確認をする。	トラネキサム酸カプセル２５０ｍｇ「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」	
16	広域処方箋で　初めての処方であった。処方箋記載の薬が当薬局になかった為　注文するのに在庫のあるものを注文するのに温感タイプがあることをしらず、入庫の早いものを選んで注文した。	当該シップに音感タイプがあることを知らなかった。	薬品名での違いを理解しておくよう　周知徹底した。	フェルビナクパップ７０ｍｇ「タイホウ」	フェルビナクパップ７０ｍｇ「ユートク」	
17	ツムラ漢方が隣り合わせで107と127が並んでおり間違えてピックアップ。投薬時に患者家族に見せながら確認してお渡ししたが、そこでも発見されず交付。帰宅後に患者が薬を整理した時に発見し連絡があり、お詫びしすぐ差し替えに伺った。	同じ茶色の識別色、107と127と先頭と最後の数字も同じ、横並びで間違えやすい配置だった。また混雑時で焦りもあったと思われる。	今回の件をスタッフに周知し、漢方は違う色ごとに薬の配置を変えた。	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）	
18	シンバスタチンが一般名で処方された。以前よりシンバスタチン（５）ＳＷを服用していたが、シルニジピン（５）サワイがピッキングされ、監査も通ってしまった。	名前の類似が原因だと思いますが、監査も不十分であったためだと思います。	今後は薬品名を読み上げ、監査していきます。	シンバスタチン錠５ｍｇ「ＳＷ」	シルニジピン錠５ｍｇ「サワイ」	
19	ロキソプロフェンNaテープ温感を非温感と見間違えて入力。監査時に違いに気づき訂正。	疲労。処方箋の印字の薄さ。	チェック体制を複数人で行う	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」	ロキソニンテープ５０ｍｇ	
20	ピッキングにおいて、オルメサルタンOD錠20ｍｇを調剤しなければならなかったところ、バルサルタン40ｍｇをピッキングしてしまった。投薬前の監査にて間違いに気づき、正しい薬を投薬した。	堂分類の薬剤で、どちらも『～サルタン』という名称。当薬局では、バルサルタンの処方数が格段に多く、オルメサルタンの処方はレアケースのため、いつもの薬剤としてバルサルタンをピッキングしてしまったものと思われる。	出す前、出す時、出した後に、しつこいくらいに照合する事で、このようなミスはなくなるものと考えられる。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	
21	処方箋は、スルピリド50ｍｇでしたが、あまり出ない処方でして、勘違いしてよくでるスピロノラクトン50ｍｇをピッキングしてしまった。監査時に間違いに気づき、難をのがれた。	よく出るものへの思い込みによるもの。	似たような名前は、分かりやすく注意を促すシール等で改善	スルピリド錠５０ｍｇ「アメル」	スピロノラクトン錠５０ｍｇ「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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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
22	事務が、レセコン入力を行う。処方せんには【般】イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩１０ｍｇ配合錠となっていたが、前回と同じ内容（【般】イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩錠５ｍｇ配合錠）と思い込み、前回Ｄｏで入力を行ってしまう。入力が正しいかどうか調剤禄でチェックした薬剤師が入力の誤りに気付いた。	配合剤の一般名は長いため、違いが見落としやすい。	配合剤の一般名処方の場合は、特に規格違いに気を付けるよう情報共有を行った。	【般】イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩10mg配合錠	イルアミクス配合錠ＬＤ「ケミファ」	
23	今まで【般】アマンタジン塩酸塩錠50mg 2錠 で処方されてきていたのが、今回から【般】アマンタジン塩酸塩錠100mg 2錠 で処方されてきた。規格が50mgから100mgに変更されていることに気づかずに事務員が50mgのまま入力。そのまま調剤機器にデータが飛び、一包化の際にも50mg2錠のまま調剤が行われた。監査でも気づかずにお渡ししてしまった。　後日、処方箋チェックの際別の事務員が入力ミスに気づき、調剤でも間違っていたことに気づいた。患者に確認したところ幸いまだ服用する前だったため、正しく調剤したものとすべて交換する形で対応した。	今までアマンタジン錠100mgを使用することがなく、ずっとアマンタジンは50mgしか取り扱ってこなかった。その為他の規格が出る可能性をほぼ除外していた。また昼のかなり込み合う時間帯で、この方は一包化の際、他の病院からの処方と一緒に分包するようになっていたため、錠数の確認に注視してしまい、規格の確認まで気がいかなかった。	事務の入力の時点で調剤する機械にデータが飛ぶようになっているため、調剤前にデータがあっているか改めて処方箋と照らし合わせる必要がある。	アマンタジン塩酸塩錠１００ｍｇ「日医工」	アマンタジン塩酸塩錠５０ｍｇ「日医工」	
24	麦門冬湯の中に小青竜湯が一部混在	くすりを戻すときに誤って違う箱に	間違って出したものは違う人が入庫する	ツムラ麦門冬湯	ツムラ小青竜湯	
25	アイベータの薬品棚に、アイファガンが入っていた。それに気づかず、計数調剤をし、監査時に気づいた。	他店舗からの不動在庫を調剤者が違う時間に棚への充填を一人で行った。	複数人いるようなら、他の人の目を借りて、充填を行う。一人で行うなら、調剤監査システムを利用し、バーコードリーダーでの商品一致を確認して充填する。	アイベータ配合点眼液	アイファガン点眼液０．１％	
26	前回の処方内容がイルベタン錠１００ｍｇで、今回は増量しイルベタン錠２００ｍｇに処方が変更されていたが、レセコン入力の際に前回と同じ１００ｍｇ錠で入力されており調剤監査の際に薬剤師がミスに気づき入力変更した。	通常の業務手順では、処方箋の二次元バーコードを使用して手入力を行わないところ、二次元バーコードを読み取りづらかったため繁忙のため、手入力を行った。手入力の際、前回ＤＯと思い込んで入力したため、実際の処方内容と異なる入力をしてしまった。	処方せんに二次元バーコードがついている場合は必ず使用することを徹底した。やむを得ず手入力をする場合は十分注意して入力を行い、薬剤師にも、声かけをして確認を丁寧に行うよう注意喚起すること。	イルベタン錠２００ｍｇ	イルベタン錠１００ｍｇ	
27	入力をカロベジナール錠で入力すべきところを、アーチスト錠で入力してしまった。	薬剤のPTPの空はチェックしていたが、入力まではしっかりとチェックしていなかった。	薬剤の監査だけではなく、入力のチェックも徹底する。	カルベジロール錠１０ｍｇ「サワイ」	アーチスト錠１０ｍｇ	
28	カルボシステイン(500)3錠の処方箋、在庫がなく250mgを6錠で渡そうとしたが、誤って3錠で交付	出荷調整品のため在庫があるかの確認に気を取られてしまった。	在庫がない薬の規格を変更する際は変更したことが分かるように処方箋に付箋を貼る。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」	

類型IIIの事例（事例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	カムシアＨＤをカデチアＨＤでとってしまい監査時気づかす一包化処方であったためヒートからばらして分包してしまった。分包後の監査も剤形がが似ていて気づかず患者に交付してしまった。交在庫在庫確認するときに間違いに気づきすぐに患者に連絡し交換に伺った。服用はされていなかった。	忙しい時間帯の一包化であった。	忙しい時間帯であっても二人以上で監査行う。	カムシア配合錠ＨＤ「サンド」	カデチア配合錠ＨＤ「テバ」	
30	該当者のカルベジロール錠２．５ｍｇ「JG」（バラ包装品）を一包化しようとしたところ、包装がほとんど変わらないビソプロロールフマル酸２．５ｍｇ「JG」（バラ包装品）を手に取ってしまった。該当医薬品の製剤形状が違ったため調剤前に気が付いたが非常に危険であることを感じた。	該当医薬品の包装形態が非常に似ている	在庫場所を物理的に離して管理メーカー側に報告	カルベジロール錠２．５ｍｇ「ＪＧ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「ＪＧ」	
31	ドグマチール細粒の％の入力を間違えており、自宅に帰った患者様よりどっちが正しいかTELがあった。	入力の事務員が他規格があることを知らなかった。	監査を行う薬剤師が％までしっかりチェックを行うこと。	ドグマチール細粒５０％	ドグマチール細粒１０％	
32	ピッキングミス	確認不足	処方箋をよく読む	アセトアミノフェン錠３００ｍｇ「マルイシ」	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」	
33	フルメトロン0.02%のところ投薬時にフルメトロン0.1%が出ていることが判明	繁忙であり確認不足・	繁忙であっても確認を行い調剤者、監査者を必ず２名おく。	フルメトロン点眼液０．０２％	フルメトロン点眼液０．１％	
34	一般名にて処方された「ヒルドイドクリーム５０ｇチューブ×３」を誤って「ヒルドイドソフト軟膏５０ｇチューブ×３本」をピッキングし、交付寸前であった。普段滅多にピッキングしない５０ｇチューブに目が行ってしまったことが原因で、ヒルドイドクリームにまで目がいかなかった。また、お正月休み明けにてまだ薬局内の空気感がお休みモードであった可能性も否定できない	当薬局での採用規格はヒルドイドソフト軟膏２５ｇチューブ、５０ｇチューブ、１００ｇ壺。及びヒルドイドクリームは２５ｇチューブ、５０ｇチューブ、１００ｇ壺となっている。もともとヒルドイドソフト軟膏が圧倒的シェアとなっており、一般名もクリームと読み込み浅く勘違いしてしまった。また、お正月休み明けと言うこともあり若干薬局内の空気感がまだまだお休みモードであったかもしれない。連休等お休みが続く場合は朝礼等で今一度気合いを入れなおす必要がある。また、滅多に出ない５０ｇチューブを敢えて目立つところに配置し、複数規格あることを再認識するように変更した。	２５ｇチューブ、５０ｇチューブ、１００ｇチューブの配置及び、ヒルドイドソフト軟膏とヒルドイドクリーム2規格ある旨引き出しの目立つ位置に張り紙設置。基本的な所作の励行を再度徹底することとした	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％	

類型IIIの事例（事例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
35	当該の処方箋受付デ、これまでシンバスタチンを処方されていたものが、プラバスタチンに変更となっていたが、これに気付かずに前回同様のシンバスタチンにて一包化調剤を行った。	処方内容が同一であるという先入観が存在し、確認を怠った。	処方箋原本を必ず手元に置き、確認しながら一包化調剤を行う。	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「ＮＩＧ」	シンバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	
36	一般名処方でクロベタゾール軟膏とクロベタゾン軟膏で医薬品名が類似しているため、入力、調剤、投薬と気が付かず患者様へ違った医薬品をお渡ししてしまった。	特にステロイド系は一般名が類似しているため正確に処方せんを読み注意する。	特にステロイド系は一般名が類似しているため正確に処方せんを読み注意する。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
37	カロナール200mgとカロナール500mgをピッキング間違え。	棚が上下だった	指さし呼称	カロナール	カロナール	
38	ジャヌビア錠100mg処方のところジャヌビア錠50mgで入力	混雑時に来局あり、入力時に焦って入力してしまった。	改善策として、混雑時は他従業員とのコミュニケーションをしっかりととり、フォローを求める。縦読み(指差しで)確認をしっかりと実施する。	ジャヌビア錠１００ｍｇ	ジャヌビア錠５０ｍｇ	
39	他剤変更考えたが　用法の大変さが拒否されたため結局処方変更には至らなかったので従来どうり合剤を処方するべきところを　単剤（GLP2）で処方されていたので　患者様にトラディアンスからジャディアンスへの処方変更理由をきいたところリベルサス処方されようとしていたということなので疑義を行った	GLP１とDPP4は原則併用しない	従来どうりの処方監査を行う	ジャディアンス錠１０ｍｇ	トラディアンス配合錠ＡＰ	
40	フルタイド100ディスカスの処方のところフルタイド100μエアゾール60吸入を投薬してしまった。	フルタイドの規格を正確に覚えていなかったため、間違えてしまった。	フルタイドの規格の確認とディスカス、エアゾールの製品を再度目視による確認をおこなました。	フルタイド１００ディスカス	フルタイド１００μｇエアゾール６０吸入用	
41	処方内薬剤10点その中に漢方は1種他は糖尿の薬と呼吸器系の薬	監査、調剤、交付とも一人で行った加味帰脾湯は加味逍遙散に比べ処方される回数が少なく初めの2文字をみて勘違いしたまま調剤、交付した	他者に確認してもらう事を常とする	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	
42	処方箋にはツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒1日7.5ｇ分3毎食前84日分と記載されていたが、誤ってツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒をを調剤し投薬していた。後日、棚卸しの際に、事務員が在庫数が合わないことに気付き、患者様に確認したところ薬剤の取り違えが発覚した。その後、直ちにツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒をお渡しし、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を引き取った。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒とツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒は、名称・包装・番号が似ていたため間違えた。また、患者様が来局した時間は店内が混んでおり、スタッフも少なかったため、焦りがあった。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングをした後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。交付者も交付前に処方内容と薬剤の確認を慎重に徹底することとした。また、漢方棚に名称類似医薬品の表を貼り、取り違え防止のための注意喚起をした。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
43	前回までモーラスXR 120処方、今回より240へ変更。レセコン入力者が変更に気付かず120で入力、入力内容に従い120をピッキングしていた。監査者が、誤入力に気付いた。	事前にfax送信された処方箋を基に入力。QRコードが不明瞭であり内容を読み込めず、手入力を行なった。	手入力する際は、十分注意して入力を行う。監査者は入力に誤りがあるかもしれない前提で、処方箋に基づいて監査を行う。	モーラスパップＸＲ２４０ｍｇ	モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ	
44	咳症状で麦門冬湯が処方されていたが番号が29番で外装の色がピンク。同日小青竜湯が頻回処方されていたため調剤者が19番で同じく外装がピンクの薬剤で取り違えていた。鑑査、投薬は同一薬剤師が行い思い込みのまま麦門冬湯として服薬指導し終わらせてた。数時間後患者より番号が違うと連絡を受け、すぐに交換に伺った。内服はしておらず大事には至らなかった。	番号が似ており色が同じもの、薬効が似ていたため間違いに気が付かなかった。	番号と薬剤名をしっかり確認することを徹底した。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	
45	「ビフィズス菌錠12ｍｇ(商品名：ビオフェルミン錠剤)」の処方に対し、「ビフィズス菌製剤錠(商品名：ラックビー錠)」にて誤入力	・もともと商品名に規格のない整腸剤において、一般名処方になったことで選択ミスを起こしやすかった・ラックビー錠の成分は「ビフィズス菌10ｍｇ」であるが、当薬局にて採用しているシステムでの当該薬剤の一般名の表記に「10ｍｇ」がなく「ビフィズス菌製剤錠」であったため、他の規格のビフィズス菌製剤との判別がしにくかった	各職員において整腸剤の種類とその一般名の再確認と監査台に整腸剤の一覧を設置し、都度確認できる環境づくりをおこなった	ビオフェルミン錠剤	ラックビー錠	
46	アルファカルシドールカプセル0.5μｇ処方を、スキャンで読み取ったところ0.25μｇで読み取りされ修正せずに登録。そのまま気付かずに処方監査、調剤まで行い調剤監査で発覚。	機器による読み取りのための間違えていないだろうという過信による確認ミス。また、通常は0.5μｇで出ることが多いための思い込み。	機器による処方箋読み込み入力でも、間違いあるという意識をもち確認を徹底。また処方監査や調剤では規格が多数あることを認識しながら確認を行う。	アルファカルシドールカプセル０．２５μｇ「ＢＭＤ」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「ＢＭＤ」	
47	ツムラ漢方薬のピッキングミスと、監査の確認不足。処方はツムラ八味地黄丸だが、ツムラ牛車腎気丸で患者様にお渡し。帰宅後に患者様本人が気づき来局され、交換となった。服薬なし。	帯の色(ツムラ7番とツムラ107番)が同じで、斜めの配置。数字で覚えがちの漢方薬だが、しっかり文字で確認する。	処方箋をしっかり確認し、慣れによるピッキングをしないよう注意する。監査においても、新たな目で確認する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	
48	入力がヘパリン類似物質軟膏のまま調剤を行い、患者様に請求を行ってしまった。	ヘパリン類似物質軟膏であれば当該薬局で使用している規格は１種類であるため、間違いようがないという慢心によるもの。	薬袋と監査支援表、処方箋を見比べて点呼し、確認を行う。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	
49	バルプロ酸ナトリウム錠100ｍｇの処方であったが、バルプロ酸徐放錠100ｍｇで入力しピック。監査者が監査時に発見した。	自局にバルプロ酸錠100ｍｇの採用がなく、徐放錠は採用品であった。また、入力者が普通錠と徐放錠の違いを明確に把握していなかったため思い込みで起こったものと考えられる。	薬剤師、事務員スタッフ全員間違いやすい医薬品を周知し、知識を深めることが重要である。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「トーワ」	

類型IIIの事例（事例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
50	処方箋で用量変更になっているのに見落とし、入力し、そのまま調剤した	一人薬剤師の時間で、患者本人が新型コロナ検査キット購入希望だったためその手続きに気を取られた。重ねて次の患者の疑義照会も並行して行っていた	処方箋の確認をしっかりする	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ファイザー」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ファイザー」	
51	ザクラス配合錠HDを投薬するところ、ピッキング、監査、投薬すべてを通り抜けてレザルタス配合錠HDが交付された。患者本人が帰宅後に気づき連絡をくださる	スタッフが少なくなり繁忙であった。他店からの応援でのスタッフもいたが薬剤棚の配置が異なる為探すことが困難だった可能性もある。	監査時のチェックを厳重化、似た名称の薬剤の棚には注意書きを貼る	ザクラス配合錠ＨＤ	レザルタス配合錠ＨＤ	
52	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」63錠をピッキングすべきところ、誤ってラベプラゾールナトリウム錠10mg「サンド」63錠をピッキングしてしまった。ピッキング終了後、医薬品をピッキングサポートシステムに通す際に事務員自身が発見。	事務員の思い込みに加え、ピッキング時に処方箋と照らし合わせてピッキングしていなかったことが要因と考えられる。	調製時は、処方箋と照らし合わせて1処方ずつ処方箋と医薬品について指差し確認を行い調製する。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	ラベプラゾールナトリウム錠１０ｍｇ「サンド」	
53	感冒症状のため当該患者がかかりつけクリニックを受診、処方箋発行後、かかりつけ薬局である当局に来局。処方記載品目の「アスベリン錠20ｍｇ」が「出荷調整品目」とされ入荷困難であり、代替品として唯一入荷できた「リン酸ジヒドロコデイン散１％」を提案。その添付文書をダウンロードするところ、間違えて「リン酸コデイン散１％」添付文書をダウンロードし、クリニックへはリン酸コデイン散１％の用法用量「１日６ｇ」を伝えてしまう。実際に入荷調剤している「リン酸ジヒドロコデイン」の添付文書ではなく、また用法用量は「１日３ｇ」で異なることを調剤に取り掛かる前に事務員が発見、すぐにクリニックへ訂正連絡もし、未然に防止できた事例。	とりついだ薬剤師のしばらくぶりに取り扱う品目に対して、慎重さと精細さを欠いた事例。数年ぶりに当該品目を取り扱うことになったが、「リン酸コデイン散１％」「リン酸ジヒドロコデイン散１％」の用法用量の違いについて忘れていた。	当該２品目についての医薬品名および用法用量などの比較ラベルを作成し取扱者に注意を促す。	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「第一三共」	コデインリン酸塩散１％「タケダ」	
54	桂枝加竜骨牡蛎湯を継続して服用している患者様で今回も処方箋は桂枝加竜骨牡蛎湯で出ていたが、ピッキングで間違えて柴胡加竜骨牡蛎湯を出してしまい、監査時に間違えに気づきました。	桂枝加竜骨牡蛎湯と柴胡加竜骨牡蛎湯が近くの棚に置いてあり、混雑時で急いでいたため間違えて取ってしまったと考えています。	名前の似ている漢方は離したところに配置して、間違えやすい薬は注意書きなどを書いてスタッフ間で共有することが大事だと考えております。	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）	

類型IIIの事例（事例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
55	一般名の処方でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏（デルモベート軟膏）の処方がでた時にパソコンの入力ミスでクロベタゾン酪酸エステル軟膏（キンダベート軟膏）と入力されていた。薬剤師もパソコンの入力を見て薬を判断してしまい投薬をした。	一般名の処方で先発を入力した場合、一般名の３文字で入力をするレセコンのため違う候補もでて、ちゃんと確認せず入力をしてしまった。入力した後監査ができていなかった。	処方箋に書いてある一般名と薬に書いてある成分名の確認をしっかりと行うようにする。	デルモベート軟膏０．０５％	キンダベート軟膏０．０５％	
56	ツムラ125番が処方されている患者に対し、一部誤ってツムラ25番を取り違え、混入してしまった。交付してから数日後、別の患者にツムラ25番を調剤しようとした際、レセコンの在庫数より少ないことに気付き、確認したところミスが発覚した。速やかに当該患者へ連絡を取り確認、服用前に回収することができた。	双方の漢方薬は通常、それぞれ離れた場所に保管されていたが、入庫の際過って隣接して保管してしまっていた。また、名称類似（どちらも桂枝茯苓丸が同じ）かつ外観類似（帯の色が同じオレンジ色かつ番号も類似）しており、調剤者が同じものと誤認した。当薬局はコードを読み取る監査システムを導入しているが、薬の量が多く全量ではなく一部を同システムに通すことになり、混入に気付けなかった。監査する薬剤師は、通常から同監査システムに慣れてしまい、同システムを通ったものはまず問題ないと認識してしまい目視による監査が甘くなってしまっていた。	名称・外観類似薬は離れた場所に保管しているが、それを着実に実行する。調剤者、監査システムに通す者、監査する薬剤師いずれもが全量きちんと同じ薬となっているかきちんと確認する。	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）	
57	遠方皮膚科よりクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％の記載処方箋を受け付け。受付事務員のレセコン入力がクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％となっていた。薬剤師がミスに気づき入力内容を修正した。	遠方よりの処方にて医療機関・医師の登録から始めたため、時間がかかってしまい少々焦り気味だった。また、薬剤名類似に重ね0.05％と濃度が同一だったことも発生の要因となったと思われる。	局内での事例の共有、類似薬品の取り違え対策で保管している場所への注意喚起の掲示と同様に受付においても注意する薬品リストへの追加を行う。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	
58	ツムラ桂枝加朮附湯が処方されていたが誤って桂枝茯苓丸を取ってしまった。	通常桂枝茯苓丸の処方が多く桂枝を見て勘違いしてしまいました。	桂枝から始まる漢方は多いので1字づつ確認していくことにする。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
59	ツムラの加味帰脾湯が処方されていたが、ツムラの加味逍遙散が調剤されていた。	ツムラの加味という文字だけを見て当薬局では調剤頻度が高い加味逍遙散を調剤していた。	漢方の箱に「類似名あり」の札をつけて注意喚起する。朝礼で事例を共有して、処方箋をきちんと確認するよう意識改善する。	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）	
60	初めて応需する医療機関の処方箋であった。一般名処方「テオフィリン徐放錠200mg（２４時間持続）」に対して「テオドール錠200mg」を選択入力してしまった。交付前にテオドール錠200mgは（12～24時間持続）であることに薬剤師が気付き「テオフィリン徐放U錠200mgトーワ」に訂正し調剤を行った。	普段取り扱わない薬剤であったため一般名から商品名の選択を誤った。	成分は同一であっても薬物動態が異なる医薬品の存在について、改めて事務職員、薬剤師ともに確認し知識の共有を行った。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオドール錠２００ｍｇ	

類型IIIの事例（事例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
61	一般名処方でヘパリン類似物質スプレー0.3%(92g/本)2本処方。一般名処方は基本ジェネリックで調剤のため、名称にスプレーがつくヘパリン類似物質外用スプレーで入力しようとしたが、1本92gの記載を確認しヒルドイドフォームで入力、調剤を行った。また今回初めての処方の為、患者に泡状のものが処方されると聞いているか確認を行った。	在庫していない薬でマスタ登録がなかったため、登録のあるマスタを選ぼうとしてしまった。	先発品とジェネリックは用量が異なる事の再確認、またヘパリン類似物質の一般名は見間違いやすく、先発品とジェネリックで使用感が異なるものがあるため、併せて張り紙をし注意喚起をした。	ヒルドイドフォーム０．３％	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	
62	ジェネリックメーカーの入力間違い	入力時にメーカーが複数ある場合は都度現在庫を聞く	声かけの徹底	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０．６２５ｍｇ「日医工」	
63	オランザピン1.25ｍｇ「アメル」とエビリファイ１ｍｇのピッキング間違い。監査システムで取り間違いが発覚	PTPシートの色などが酷似していた、配置場所が近いのでとり間違えた。	配置場所を遠ざけた。	オランザピン錠１．２５ｍｇ「アメル」	エビリファイ錠１ｍｇ	
64	患者本人より「開封したら違う薬が入っていた。」と連絡あがあり、持参された薬を確認したところメトホルミン塩酸塩錠500mgではなく、アセトアミノフェン錠500mgをお渡ししていたことが発覚。残薬を服用していたため、服用はしておらず謝罪して正しいものと交換した。	外観が似ているため監査時に注意すべきだったが、それを怠った。混雑している時間帯だったため、焦っていた。	監査時に必ずヒートに記載してある薬品名を最初の1文字目から処方箋薬品名と照らし合わせて確認する。それぞれの薬品を離れた棚番に配置する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」	
65	ツムラ桂枝茯苓丸加よくいにん　125番の所　ツムラ桂枝茯苓丸　25番を出してしまった。1月９日連休明け１人目に発生。１週間後の１６日、他の患者で同薬在庫が足りず発覚する。直ぐ患者様に連絡、お薬を交換　６日分　１２包　服用済　体調は特に変わらず。	思い違いのままになってしまった。３人で診ていたが、スルーしてしまった。	番号記載してチェックをする。出した後、写真を見ているが今回それも見過ごした。じっくりと監査する。会社としても　監査システム導入を検討中。	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）	
66	アセトアミノフェン500ｍｇの処方で誤ってメトホルミン500ｍｇをピッキングした。	同じ劇薬の引き出しに入っておりシートのデザインも酷似していたため。	棚位置を変更し注意のシールを貼った。	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「トーワ」	
67	ご本人（15歳）に継続の薬としてツムラ排膿散及湯がでているところ、同じ緑色の帯である防風通聖散をお渡ししてしまった4，5回服用したのち、母親から電話で連絡があり、お手元にあるものが、ツムラ防風通聖散であることが判明薬局に上記をご持参いただき、お詫びののち、交換した健康被害について確認したところ、下痢腹など、自覚症状はでていないとのこと処方医に報告した	帯の色で覚えずに、必ず薬品名および番号を頭にいれること	事例と今後の対応策について、全スタッフに周知	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
68	ロキソプロフェンナトリウムテープの一般名処方で「温感」の所を、「非温感」で調剤してしまった。	一般名は同じであるが、「温感」と「非温感」が存在するので見間違いをしてしまっていた。	間違いが起こりやすいと考えられるので、温感と非温感での情報共有と多店舗でも情報共有を行っていく。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」	
69	クラリスロマイシン200mg錠を処方されていた患者にカルボシステイン250を交付してしまった。患者が服用前に気が付き、薬局に連絡があり発覚となった。調剤時薬局が混雑していたため、調剤を急いで行ってしまったためインシデントが起きた。	薬局ではクラリスロマイシン200mg錠とカルボシステイン250mg錠が隣接して置かれている。そのため、ピッキング時に取り間違えたとおもわれる。	PTPの裏面の薬品名が記載されているところをみて監査することを徹底する	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	
70	一般名処方でアズレンスルホン酸Naだけを見ていて点眼液を見落としアズノールうがい薬と思い込み。	最後まで名称を確認。一般名が似ているものは特確認が必要。	知識不足の改善。間違いがあった事の周知徹底。	アズレン点眼液０．０２％「わかもと」	アズノールうがい液４％	
71	【正】ツムラ六君子湯顆粒　５６７包【誤】ツムラ六君子湯顆粒　５４６包　ツムラ疎経活血湯顆粒　２１包	ピッキングですべての束をＰＤＡ通していないことが原因です。	充填やピッキング誤りの戻しを行う際にも必ずＰＤＡを通す。ＰＤＡを使用できない場合は必ず２人の目で確認する。最終鑑査を行う際は、全ての調剤薬が正しい薬剤であるかを漏れなく確認する。ピッキングの際はすべてのヒートにＰＤＡを通す。常に決まった手技で薬剤調整をおこなう。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）	
72	塩化カリウム「フソー」(13.4nEq/g)3g毎食後で処方追加になったが、誤って塩化ナトリウム「日医工」で調剤を行い交付した。	塩化カリウムの採用がなく思い込みから来る処方箋の読み違えがありました。	思い込みなどによる過誤を防ぐため処方箋との照らし合わせてを丁寧に行う。	塩化カリウム「フソー」	塩化ナトリウム「日医工」	
73	新規患者でツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒が処方されたが、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しまった。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒の在庫がなく思い込みによる判断をしてしまった。	監査時に実物と処方内容の照らし合わせてを丁寧に行う。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
74	金曜日の夕方、処方箋のFAXに基づき調剤開始。塩化カリウムの処方だったが、塩化ナトリウムを調剤してしまった。施設の看護師が処方箋原本を持参した際、薬剤の誤りに気付き、調剤をし直した。	当日中から服用を開始したい、できるだけ早く薬が欲しいとの施設看護師からの申し出と、金曜日の夕方の閉店間際であり、外来患者の対応に当たりながらのため焦りがあった。当薬局では塩化カリウムの処方はほとんどないため、調剤者が、よく処方される塩化ナトリウムと思い込みがあった。散剤は、レセコンへ入力終了後、秤量機にデータが移行後調剤を開始するのが通常の調剤の流れであるが、外用の散剤はデータが移行しないため、調剤者が直接秤量を行っている。塩化ナトリウムと勘違いした調剤者は、データ入力を待たずに調剤を行ったため、秤量機の薬剤チェック機能が利用できなかった。	繁忙の時間帯であっても落ち着いて調剤を行う。散剤調剤の際、データが移行しない場合は、第三者と共に薬剤を確認する。	塩化カリウム「日医工」	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
75	感冒のためほか薬剤と一緒にツムラ補中益気湯が処方された。忙しい時間帯で補中益気湯(４１)と桃核承気湯(６１)を誤って取り違え。患者家族交付時に薬剤を見せながら投薬したものの、同じ水色のラインの薬剤だったため薬剤師も家族も見落としてしまった。持ち帰り１日分服薬した時、患者が軟便ぎみに。その時点で服薬中止。数日経ってから家族がおかしいと思い薬情と薬剤を照らし合わせ調剤ミスがわかった。家族から連絡があり薬局内で確認、謝罪。急いで薬剤取り換えに訪問。体調を確認したところ服薬中止後、軟便はおさまったとのこと。また３週間後、来局時に再度家族から体調に問題ないことを確認した。	夕方にかかり忙しい時間帯であったため、調剤、監査、交付と最低薬剤師２人で確認したはずが見落としてしまった。また漢方薬を包装の色、番号で覚えていることもミスの原因の１つだったと思われる。	漢方薬の配置は番号順にしていることもあり、調剤時に番号でピッキング、確認してしまうことあり。しっかりと薬剤名まで確認するよう再度注意していく。	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）	
76	アルファロールカプセル１μ分１朝食後２カプセル９０日分の処方に対してアルファロールカプセルトーワ１μ×80カプセルとアルファカルシドールカプセル1μ×100錠で出されていた。自動監査システムはアルファロールカプセルトーワの方で行われておりすり抜けてしまった。	アルファロールカプセル１μの棚にアルファカルシドールカプセル１μが間違って入っていたことが原因で、ピッキング、監査、投薬をすり抜けてしまった結果起こったヒヤリハット事例である。	今後納品時間違って入れないこと。ピッキング時は違うものがある可能性があると思って確認する。投薬者は全てを確認してお渡しする必要がある。	アルファロールカプセル１μｇ	アルファカルシドールカプセル１μｇ「トーワ」	
77	クラシエ半夏瀉心湯が初めて処方された。薬局には在庫なく、今までに採用もない薬品だった。この薬だけ明日入荷予定で手配した。患者は他の薬は今もらっていく。この漢方だけ明日もらいに来局するとのこと。急いで入力・監査し投薬した。投薬後、採用がない薬だったので薬情を入力しようとしたが、候補になかったため調剤録を見直し。半夏厚朴湯で入力されていることが発覚した。入力を直して、翌日の来局時に患者に説明・謝罪した。薬は半夏瀉心湯でお渡しした。	半夏厚朴湯は今までに採用があり、選択時の候補にあがっていた。入力の事務員はヘルプで来てもらった方で、慣れがなかったため候補で上がった薬品を選択してしまった。患者を待たせている状況で監査にも焦りがあった。入力ミスに気付けなかった。	採用の無い薬が処方された時には注意が必要。今回の事例をスタッフで共有。	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	
78	【般】ルリコナゾールクリームで処方されているものを【般】ケトコナゾールクリームと読み間違えてしまい、入力・調剤・鑑査され、交付後の点検にて気が付き、対象患者へ連絡をし、正しい薬剤と交換した。	薬局が混雑しており、また前回処方と同じであると判断ミスをしてしまい、処方変更に気が付かず間違った一般名で入力をおこなってしまった。	一般名で似ている薬剤があることを周知徹底した。	ルリコンクリーム１％	ニゾラールクリーム２％	
79	普段メチコバールで調剤してお渡ししているところ、誤入力によりメコバラミンの帳票類を用意。交付前に気付いたため訂正し交付した。	数文字同じの為、急いで読み取った際誤認識してしまった。	入力時にも再度、小さな声でもよいので音読し、耳からも確認するという心構えで業務を行う。	メチコバール錠５００μｇ	メコバラミン錠５００「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
80	ポビドンヨード外用液１０％の一般名による処方があり、患者本人に使用目的を確認したところ、口腔内の消毒（うがい）であったため、処方医に疑義照会し、ポビドンヨードガーグル液７％に変更となった。	ポビドンヨード外用液１０％は、他病院から引き継ぎ処方で、前医が誤って処方し、処方応需薬局で適応や使用部位を誤って交付していた可能性がある。	他病院からの引継ぎ処方であった場合も使用部位等の十分な患者確認を行う。	イソジン液１０％	イソジンガーグル液７％	
81	規格間違い	規格確認ミス	思い込み再確認の徹底	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	ミグリトールＯＤ錠２５ｍｇ「サワイ」	
82	パンデル軟膏処方の所クリームでの入力になっていたが、入力、監査もれそのまま患者にわたってしまった。薬は軟膏でお渡し。	クリームと軟膏の入力ミス、入力時、監査時の確認の確認を徹底する	クリームと軟膏の入力ミス、入力時、監査時の確認の確認を徹底する	パンデル軟膏０．１％	パンデルクリーム０．１％	
83	前回桂枝加芍薬湯が処方されいてた患者に今回は桂枝加苓朮附湯が処方されていたが、変更に気付かず桂枝加芍薬湯で入力・調剤・交付した。交付後に調剤録のチェックをしていた事務員が処方せんと内容が違う事に気付いた。本人に連絡し謝罪、服用前に自宅を訪問して交換した。	併用されていた漢方薬が四物湯であったため神田橋処方という思い込みがあった。最初の3文字が合致しているため確認が疎かであった。	漢方薬は似た名称の物が多いため名称は最後まで確認する。	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	
84	調剤薬剤師がアスベリンシロップ6ml 分3毎食後/5日分の処方に対しアリメジンシロップを計量し水剤容器につめ、計量カップにメモリを記載、鑑査に提出する段階で再度処方せんと計量した薬剤、メモリを確認する際に異なる薬剤を計量したことに気が付き測り直しを行った。	休日当番の日で朝から水剤の処方が多く焦りがでていた。頭文字の「ア」と末尾「ン」は同一であり処方せんをよくみていなかったことが考えられる。	水剤計量時は計量鑑査システムによるものの確認、複数ある場合は混合前に再度薬品と量を確認する。すべてのスタッフとこの事例を共有。業務がひっ迫していても特に注意し計量を行う。	アスベリンシロップ０．５％	アリメジンシロップ０．０５％	
85	処方箋には、インスリングラルギンBS注キット　と記載してあったが、インスリングラルギンBS注ミリオペンで渡してしまい、患者様もそれを使用されていた。事務の入力の段階から、ミリオペンに変更されていて薬袋や薬情もミリオペンになっていたので、同じものと思い気づかなかった。次回患者が来局した時に間違いに気づき、間違っていたことを説明しお詫びした。患者様は、健康被害はなかったと言われた。医師と病院にはアクシデント報告書を提出した。	パッチと書いてある処方がジェネリック医薬品ではテープになったりすることがある為、同じ薬の書き方の違いだと思い込んで調剤をしていた。バイオシミラーは勝手に変更できないという認識ができていなかった。	事務の入力で変更されていても、それがあっているのかを確かめる。バイオ医薬品は変更できないことを共通認識する。	インスリン　グラルギンＢＳ注キット「ＦＦＰ」	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」	

類型IIIの事例（事例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
86	『クロベタゾン酪酸エステル』の一般名処方できているところを『クロベタゾールプロピオン酸エステル』であるデルモベート軟膏で処方入力していた。調剤者である薬剤師が間違いであることに気づき、キンダベート軟膏にて調剤した。	処方入力は手入力であり、最初の３文字で検索をかける。そのため、選択を間違えたと思われる。	ステロイド剤の一般名処方は似たような名前が複数あるため、確認を十分にすること、入力後、別の事務員による処方せんと調剤録とのチェックを重点的に行うことで、間違いに気づける体制を強化する。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
87	リスモダンカプセル50ｍｇ処方のところ、当局で採用のある100ｍｇと間違い調剤鑑査時にシステムのエラー通知により発覚し大事には至らなかった	鑑査システムの導入によりエラーが防げた。毎回必ず監査システムを通すことが重要だと考える。	繁忙時には監査システムを通さずに投薬してしまうケースが少数だが見られるため、必ず全例で監査システムを使用するようにする	リスモダンカプセル５０ｍｇ	リスモダンカプセル１００ｍｇ	
88	テルミサルタン錠４０ｍｇ処方時にバルサルタン錠４０ｍｇを投薬	処方内容は前回Doピッキングにて名前の似ている別の医薬品を準備、監査時に確認不足により間違いに気が付かず投薬していた。患者様からの連絡でいつもと名前の違う薬が入っているとの事で連絡いただいた当日自宅に交換にて対応。ＰＴＰヒートに色が全く違っていたので患者様本人も薬の違いに気づいてくださり服用前に交換は完了。	監査体制の再度強化薬剤師1名　事務員1名　体制混雑時の対応で人員が十分ではなかったと考えられるが、落ち着いた対応を心掛ける。	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＪＧ」	バルサルタン錠４０ｍｇ「トーワ」	
89	フェノフィブラート53.3mg錠「武田テバ」56錠が患者様に交付するために用意されていたが、その中にビソプロロール2.5mg「日医工」が2シート（20錠）混ざっていた。交付する薬剤師がそれに気づき本来の薬と取りかえて交付した。	フェノフィブラート53.3mg「武田テバ」とビソプロロール2.5mg「日医工」がよく似ていることは薬局内の従業員は認識していた。さらにお薬の配列を変えて離していたが、それでも間違いが起きてしまった。ビソプロロール2.5ｍｇをピッキングし、余ったものをフェノフィブラート53.3mgの棚に入れてしまったのだと思う。フェノフィブラート53.3mgは当薬局ではよく出る薬なので当事者も見た目で反応して違う棚に入れてしまったようだ。	日頃からの注意、そして場所を離していても間違いが起きてしまった。見た目が似ていることが問題なのでビソプロロール2.5ｍｇを違うメーカーのものを使うことにした。	フェノフィブラート錠５３．３ｍｇ「武田テバ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」	
90	(般)バルプロ酸Na錠100ｍｇの処方。入力がバルプロ酸ナトリウムＳＲ錠100ｍｇとなっていたため、交付前にバルプロ酸Ｎａ錠「ＤＳＰ」に変更とした。	ＳＲ錠が徐放錠にあたることを認識していなかったこと。	ＳＲ錠に「徐放錠」と手書きで書き、薬剤師側できちんと注意すること、また、薬局事務にも周知徹底することとした。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠１００ｍｇ「アメル」	
91	強力ポステリザン軟膏を処方すべきところ、協力強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏が処方されてしまった。	薬剤品名の類似による間違い	患者とのコミュニケーション、聞き取りの徹底。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン（軟膏）	

類型IIIの事例（事例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
92	メンタルの薬がかなり減らされていた時の処方で、今まで除放だった処方が普通錠に変更になっていたことに、一包化前の監査で気が付いた。入力、ピッキングともに除放錠でされていたが、処方は普通錠であった。が、一包化できないこともあり、疑義照会を行ったところ、処方医は意図して変更したのではなく、徐放錠に変更になった。また、過去をさかのぼると普通錠と徐放錠の記載が混在していた部分があり、これまで照会できていなかったことを医師に謝罪した。（今までもすべて徐放錠の処方で間違いなかった）	長い間来局されている患者さんで、いつも時間外にいらっしゃることが多かった。処方内容は常に複数人の薬剤師で確認をしていたが、一包化の指示であることから徐放錠であるとの思い込みがあったと思われる。入力した事務スタッフは、徐放で普通錠の違いについて理解が浅かったこともある。	事務スタッフを含め、バルプロ酸について改めて徐放錠、普通錠の違いを周知した。この事例を全スタッフで共有することにより、注意喚起を行った。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」 バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」 バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠１００ｍｇ「アメル」	
93	5歳男児に一般名でヘパリン類似物質油性クリームが処方。選択を誤りヘパリン類似物質クリームを選んでしまった。投薬前の最終鑑査で発覚し、交付前に修正、交換した。	繁忙しており、当日欠員がおり、事務さんが1名だった。（当時1時間に20枚弱来ていた。）	類似品がある場合は鉛筆で印をつけ、再確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」	
94	トラマールOD錠25ｍｇのところ、トアラセット配合錠でお渡し。成分名類似による取り違え。	慣れ　確認不足　思い込み	従業員に注意喚起。2つの薬品に注意の紙を貼付。	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ	トアラセット配合錠「杏林」	
95	オロパタジン塩酸塩錠処方のところ、ベポタスチンベシル酸塩錠でお渡し。外観類似による取り違え。	慣れ　思い込み　確認不足	ダブルチェックの再徹底。注意喚起の紙を貼付。	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「タナベ」	
96	入力間違いにより薬袋とは異なった薬をお渡しした。前回と同じ処方と伝えたが実際には増量となった薬を処方箋通りにお渡ししていた。次回来局時に説明する際に前回より増量となっていて入力を間違えていたことが発覚した。	商品名が同じ場合慣れで入力する可能性が高い。入力の際　同じ商品名でLDからHDへの変更の場合間違えやすいため注意が必要。	薬剤を交付する際　薬袋と相違ないか確認する。また患者との会話から　薬の変更等聞き取る必要がある	メタクトHD	メタクトLD	
97	ヒューマログミックス５０注ミリオペン　３００単位の処方のところヒューマログ注ミリオペンを渡してしまう	名前がよく似ていたため。薬剤師の認識不足。ヒューマログ注ミリオペンのほうが頻繁に出る人が多くいるため	二人以上で確認。カルテに記載してこういうことがあったので要注意マークで知らせる表示している	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	
98	ツムラ小建中湯が処方されていたところツムラ小青竜湯も混じって患者様に渡してしまった。次の日の在庫の数が合っていないことに気づき確認したところ該当患者が浮上し連絡したところ、間違ってお渡ししていたことが発覚。まだ服用はしていなかった。	小建中湯と小青竜湯は名前も色も似ているため離したところに置いてあるが、ストック品は同じところに置いてあるため誤って調剤してしまい、さらに小建中湯も小青竜湯も混ざって渡しているため患者様に渡す際に気づくことが出来なかった。	ストックする場所が漢方は同じところに置いてあるので、似ている色や名称のものは別のところに保管するようにする。	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）	

類型IIIの事例（事例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
99	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％のところクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％を入力、調剤をして監査もすり抜け、窓口でも確認を怠たり患者様まで手に渡ったこと	患者様より後で取りに来ますとのことで監査まで終了し投薬者が確認せずに安心して投薬してしまったこと	監査が終了しても確認を必ずする事	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
100	バルプロ酸１００ｍｇで調剤しないといけないところ、バルプロ酸２００ｍｇで調剤した。監査者が気付き、発覚した。	薬品棚に複数規格ありの注意喚起シールは貼っていたが、初めて当薬局に入ったスタッフであり、繁忙帯でもあったため、注意喚起シールを見落とし、規格確認も怠ってしまった。	複数規格採用しているものは、薬品棚に複数規格ありの注意喚起のシール記載しているが、初めて当薬局に入ったスタッフであり、注意喚起シールについて説明できていなかった。誰がみても分かるようにシールを目立つ色に変える。	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徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	
101	エンシュアリキッド（ストロベリー味）の処方に対して端数分はエンシュアリキッド、箱出し分はエンシュアH（ストロベリー味）でピッキングされていた。調剤者は端数分はPDAを通してピッキングしており、残りの箱出し分は近くに積み上げていたものを目視で集めたと思われる。箱の外観はサイズ・ピンクの印字で似ていた。鑑査時にミスが発覚し患者に渡る前に正しいものに取り換えることができた。	調剤者がピッキングする際は端数だけでなく全てPDA・目視で確認しなかったこと。似ている製品を取り扱っていることを認識していなかったこと。	ピッキングする際は端数だけでなく全て目視・PDAで確認する。外観・名称が似ている製品について把握し特に注意を払って調剤する。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	
102	繁忙期の時間帯、カムシアHDが処方されていたが、調剤者が見誤りカデチアHdをピッキング。最終監査時も類似名の為見誤りそのまま投薬。後日、ご本人様から連絡ありヒートの色、名前が若干違うと連絡あり	混雑時の焦りと仕事の多さ	薬品棚に規格注意や名称注意のシールを貼りピッキング、監査時一字一句間違えないよう再度周知徹底	カムシア配合錠ＬＤ「ＮＩＧ」	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	
103	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と処方されていたが、在庫しておらず、在庫していたフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液と同じものと思いこみ調剤。	成分名の始まりが同じだった為調剤者も監査者も思い込みで同じ薬だと認識してしまった。	外用薬は特に成分名を調剤者も監査者も投薬者もしっかりと確認すること。似ている名前の薬剤は棚に注意喚起を貼って管理する。	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	
104	処方箋ではヘパリン類似物質軟膏と記載があったが、誤ってヘパリン類似物質クリームの調剤した。	ジェネリックの軟膏が油性クリームで、クリームという名前がついているため勘違いしたと思われる。	処方箋の一般名の確認を必ずすること。調剤棚に軟膏、クリームと記載をし区別する。	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」	
105	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日新」　0.5錠で処方するはずだったが、トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日新」　１錠で入力した	トリアゾラム0.125ｍｇ　１錠で処方されているのをトリアゾラム0.25ｍｇ　0.5錠にする際に入力を間違えた。	入力後、処方箋と見比べてから入力を完了します。	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日新」	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日新」	

類型IIIの事例（事例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
106	ヘパリン類似物質クリームを誤ってヘパリン類似物質油性クリームで渡してしまった	在宅医療をしていてDrの訪問診療に同行していた。ヒルドイドを出すとの言葉でヘパリン類似物質油性クリームを思い込みで出してしまったが、ヘパリン類似物質クリームのほうでした。ほかの薬剤師が気づいて患者に渡す前に未然に防げた	ヘパリン類似物質の油性クリームとクリームは間違いやすいため必ずチェックをする。監査機械オーディットを用いて機械の目でも監査をする	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「アメル」	
107	近隣の整形外科よりツムラ桂枝加朮附湯、１日３回毎食前で５日分の処方があった。漢方の引き出しから箱を出し、調剤して監査をして患者さんに投薬していたところ、薬袋に記載のあった漢方の画像の番号が調剤した漢方と違うことに気がつき、患者さんには時間をいただき調剤をし直した。はじめに用意した漢方は、ツムラ越婢加朮湯でした。	整形外科ではどちらもときどき処方のでる漢方でした。ツムラの番号が１８と２８で１の位がどちらも８だったため、色が同じ赤でした。同じ漢字も入っていて、調剤で漢方の名前をしっかり見ないで違う箱を手に取ってしまいそのまま調剤、投薬まで行ってしまった。薬袋にカラーで薬の画像が入っているため今回は番号の違いに気がつき患者さんにお渡しする前に気がつくことができた。	土曜日の午前中で忙しかったこともあるが、忙しいときこそしっかり薬の名前を見て調剤することを徹底することとした。薬袋の画像も最終チェックとして確認することも改めて全員で共有しました。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	
108	ジヒドロコデインリン酸塩１％処方のところをコデインリン酸塩１％で処方	ひとり薬剤師で監査体制が不十分であった	事務員とともにダブルチェックをして対応	コデインリン酸塩散１％〈ハチ〉	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」	
109	エパレルスタット錠のピッキング中に数量間違いに気が付き、取り直しの際にヒート端数を間違ってエペリゾン錠の棚へ戻してしまいそのままエペリゾン錠をピッキング。混在した状態で監査へまわした。監査の薬剤師が気づき、患者への交付間違いは無し。	混雑している時間帯、業務の追われて焦りがあった。	ピッキング間違いがあり、棚戻しはその場では実施せず一旦カゴ等に入れて落ち着いた時点で戻す、または別のスタッフと確認しながら戻す等を行います。	エパルレスタット錠50「NIG」	エペリゾン塩酸塩錠50「NIG」	
110	処方日当日エビリファイ内用液0.1%　3ml/包処方の患者に対し、リスペリドン内服液1mg/ml　3ml/包を14日分調剤し交付した。2週間後受診時に患者から医療機関に調剤ミスの申し出があり発覚。医療機関から当薬局に連絡、来局された患者に間違っていたこと謝罪し、正しいものと交換を行った。	液剤での取り間違い。複数規格存在する為混同したと考えられる。当事者の薬剤師が入職1カ月程度であり、扱ったことのある薬剤でなかった可能性も考えられる。（当事者薬剤師は退職済み。）	入社まもない薬剤師へ取り扱いの品目を周知、認識し間違えやすい薬として共有、教育する。	エビリファイ内用液０．１％	リスペリドン内用液１ｍｇ／ｍＬ「ヨシトミ」	
111	一般名でレバミピド点眼液2%で処方。レバミピド懸濁性点眼液のところ、ムコスタＵＤ点眼で処方されていた。	前回処方はムコスタＵＤ点眼液だったため、そのまま前回入力情報を用いてしまっていたものと推測。	処方監査以外にも調剤鑑査、投薬時にも処方内容を確認している。	レバミピド懸濁性点眼液２％「参天」	ムコスタ点眼液ＵＤ２％	

類型IIIの事例（事例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
112	処方箋にはタカルシトール軟膏０．０００２％と記載があったが、画面入力の際に０．００２％配合製品であるボンアルファハイ軟膏を選択。その名称を処方箋のコピーに記載しそのコピーを見てピッキング、最終監査が行われた。窓口にて患者への投薬・説明の際に患者本人から容器の色が違うと指摘され、再確認したところ小数点以下のゼロの数の違いに気づき、訂正して差し替えをした。	監査者がボンアルファハイ軟膏に企画違いのものがあるとは知らず、入力ミスに気付かずに監査を通してしまった。	同成分の規格違いの製品についての知識を深めること。入力時や監査時に成分量の確認を徹底すること。	ボンアルファ軟膏２μｇ／ｇ	ボンアルファハイ軟膏２０μｇ／ｇ	
113	初めて受ける別の県の医療機関の処方箋で、一般名でビフィズス菌12mgの散の処方箋だった。処方箋鑑査後処方入力の際何かの違和感に囚われながらも、ビオフェルミンR散と間違えないように自薬局在庫のビオフェルミン配合散で入力した。再度確認した際、ビオフェルミン配合散の一般名がラクトミン糖化菌の配合散になっていることに気がついた。保険薬事典で確認したところ、ビオフェルミン散とビオフェルミン配合散は別薬剤であることに気がついた。在庫ないこと患者さんに説明し、すぐに在庫を発注して、その後正しくビオフェルミン散で調剤をした。	ビオフェルミンは配合散とR散しか存在しないと思っていたが、2022年12月にビオフェルミン散が発売をされていたことを知らなかった。	オールドな薬剤でも、成分が変更して新発売があり得る事を学んだ。商品名と一般名両方でも鑑査を継続していく。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
114	ヒルドイドソフト軟膏であるにもかかわらず、ヒルドイドクリームで入力してしまった	繁忙状態で処方箋をよく確認することをせずにいた	虫眼鏡を使うなど、自分の身体能力にあった整備をする	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％	
115	牛車腎気丸が28日分処方された。間違って麻黄附子細辛湯が14日分混ざっていたのに気付かなかった。	漢方薬は番号順に保管されている。牛車腎気丸が１０７番、麻黄附子細辛湯は１２７番で帯の色が一緒である。牛車腎気丸はよく処方されるため在庫は多いが、麻黄附子細辛湯は最小の14日分だけ在庫がある。牛車腎気丸入庫時に棚にしまう時に麻黄附子細辛湯を一緒に混ぜてしまった可能性がある。	よく似た色の漢方薬は話して並べるようにした。	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）	

類型IIIの事例（事例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
116	2023年11月20日に処方のタリビット点眼液を誤ってタリビット点耳液でピックし、監査後交付してしまった。その後、2024年2月15日に患者さんが該当薬を持参され来局。「昨日、娘が目がゴロゴロすると言ってきたので、前にもらっていた薬を思い出し（使用されていなかった未開封薬）渡して点眼した。点眼後容器を見たら点耳薬、目には使用しないことと記載されていたため、娘は大変ショックを受けている。」と話された。処方箋を確認すると記載はタリビット点眼薬となっており、交付間違いであることがわかり、交付間違いを謝罪し、正しい点眼薬をお渡しした。点耳液を点眼した際の副作用、点眼した際の対処方法についてメーカーに問い合わせ、訪問し報告した。念のため眼科を受診してもらい、目には影響なしとの診断であった。	タリビット点眼薬とタリビット点耳薬は当薬局では普段あまり処方されない薬で、在庫数も少ないため、同じ引き出しに箱ごと入れていた。そのため、ついうっかり点耳薬をとってしまい、監査者は処方箋をしっかりと確認せず監査してしまった。また、薬剤師2名体制のため、交付はピッキングした薬剤師が行ったため、そのまま患者さんに渡してしまった。交付の際も患者さんがお急ぎだった様子があり、症状や薬の内容を確認せず、簡単な服薬指導だけで渡していた。	紛らわしい薬品は引き出しを分けて保管し、監査については処方箋と薬を揃えてしっかりと確認するよう再確認し、また、交付時に薬を見せながら、症状を確認し、外用薬については使用方法を説明しながら交付を徹底するよう指導した。	タリビッド点眼液０．３％	タリビッド耳科用液０．３％	
117	小児の皮膚科の処方箋でオロパタジンが処方されていたが、調剤者がアムロジピンをピッキングし、薬袋に詰めた。服薬指導後、交付者は監査なしで薬を患者に渡した。その後、別の薬剤師が調剤監査システムの写真で薬の誤りに気付き、患者に連絡して薬の交換を行った。患者が薬を服用する前であったため、健康被害には至らなかった。	その日は朝から調剤監査システムに不具合があり、また繁忙であった。薬の名称の響きが似ていたことから、調剤者は薬を取り違えてしまった。患者を待たせていたことや、家族3人分で薬が多かったこと、前回と同処方であったことから、交付者はそのまま薬を患者に渡した。通常は調剤監査システムが動作しており、既に薬袋に詰められていたため、別の薬剤師が監査を行っただろうという安心感から、監査を怠り、薬の誤りに気付けなかった。	入力時、調剤時、監査時、交付時にその都度別の薬剤師が処方箋と照らし合わせて確認を行うことを徹底する。速さよりも正確さを重視し、薬袋に詰められていても、交付時に必ず最終確認をすることを徹底する。できれば、薬を渡す前に患者とのコミュニケーションを強化し、処方箋内容を確認することで患者自身が誤りに気付く機会も増やす。	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「フェルゼン」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	
118	【般】メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：GLを【般】メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：ＭＴで入力。鑑査時に気が付いた。	【般】メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：GLと【般】メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：ＭＴの違いを把握していなかった。	GLはグリコラン、MTはメトグルコと表記した。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＳＮ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	
119	ラタチモを渡すところを誤ってラタノプロストを交付してしまった。事務員が監査画像で誤りに気づき、薬剤師が自宅に連絡し、正しい薬剤と交換した。	繁忙時に薬剤師が医薬品確認の手順を守らず、患者さんに渡してしまったため。	患者さんに薬剤をわたすまでの確認の手順を守る。「取り違え注意！」のラベルをラタチモの棚に貼付して注意を促すようにした。	ラタチモ配合点眼液「センジュ」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ＳＥＣ」	

類型IIIの事例（事例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	処方箋に一般名バルサルタン錠80mgをアムバロ配合錠を投薬ミス。処方箋記載　（般）バルサルタン錠80mg　１Ｔ （般）アムロジピン口腔内崩壊錠2.5ｍｇ　１Ｔ	一般名処方でバルサルタン錠80mg　その下にアムロジピン口腔内崩壊錠2.5ｍｇの記載あり　他のお薬は残調整があり日数が違っていたが、この２剤は同じ日数だった。当局はバルサルタン錠80mg「サンド」・アムバロ配合錠「サンド」を採用。集薬時に薬剤名の横にサンド記載することになっていた為、別々の薬剤だったがアムバロ配合剤と間違え集薬してしまった。監査時、薬剤師も配合剤と思い込みアムバロ配合錠投薬。投薬後、アムバロ配合錠を補充した際減りが早かったため疑問に思いアムバロ配合錠を出した患者さんを確認したらミスが発覚。患者さんに連絡しお薬を交換した。	お薬のｍｇまでチェックを入れる事にしました。一般名の横にメーカー名だけじゃなく薬名を記載することにしました。	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」	アムバロ配合錠「サンド」	
121	類似薬への入力間違い処方せんをもとにした調剤でもピッキングミス翌日本人より問い合わせにより発覚	顔見知りへの調剤であり、注意力が散漫になってしまったため。	作業中は私語などしない。薬歴の比較チェック徹底	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）	
122	エクメットHDからLDに減量になったのだが気づかず入力をしてしまった。入力者と調剤者が違ったので気づいた	Do処方と思いこんでの入力が原因かと思う。	複数でのチェックが必要である。	エクメット配合錠ＬＤ	エクメット配合錠ＨＤ	
123	フルナーゼ点鼻(フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻）の用法が1日1回で処方されていたため、患者様にお話を聞いたところ、今まで使用していた薬をお願いしてだしてもらったとのこと。お薬手帳にてフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻の処方歴を確認。フルナーゼとアラミストの処方間違えの可能性があり疑義照会し、アラミスト点鼻に処方変更となった。	薬品名類似。医師の専門外処方のため知識不足。	特に一般名は名称の初めから終わりまですべてを確認する習慣をつける。	フルナーゼ点鼻液５０μｇ２８噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	
124	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％が処方されていたがクロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％を調剤し交付してしまった。	一般名、％が類似しているため処方箋の読み間違い。処方がヘパリン類似物質油性クリームとの混合であり、調剤に時間がかかると焦った。	薬棚への薬品名注意の札を貼付	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」	
125	（般）ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064％処方を誤ってベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05％で調剤。入力も同様に誤っていたため鑑査時にも気づかずそのまま交付。交付後に別の薬剤師が誤りに気づき正しい薬剤と交換した。	思い込み、知識不足による誤り。	類似した薬剤名の医薬品について再度情報を共有し、スタッフ間で確認しながら調剤、交付を行う。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「ＹＤ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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
126	後発医薬品希望の患者処方箋ザルティア錠５ｍｇの処方箋を見間違えによりザイザル錠５ｍｇを調剤調剤者と監査者はダブルチェックの為異なる薬剤師が行っており監査時に判明	他にアレルギー疾患処方薬もあり、ザルティア５ｍｇをザイザル５ｍｇと思い込んでしまった	以前から、調剤者は監査に回す前に再度確認のルールがある。混雑時の為、次の調剤をするためにこの行為を漏れが原因と思われる。ルールの徹底を周知した	ザルティア錠５ｍｇ	ザイザル錠５ｍｇ	
127	処方箋には、【般】ドンペリドン口腔内崩壊錠10mgと印字されていた(GEには口腔内崩壊錠はなし)。これをドネペジル口腔内崩壊錠10mgと入力。本処方には、ドネペジル口腔内崩壊錠5mgも処方されていた。他院の薬と合わせて一包化28日分。次回来局時に入力した職員が前回誤入力を発見した。医師と患者に連絡しお詫びした。幸い健康被害はなかった。	1.ドネペジル口腔内崩壊錠が併用されていたのでドネペジルと思い込んでしまった。2.ドネペジル15mg/日は量が過量だが、それに気が付かなかった。適宜増減とはなっているが15ng/日(実際にはありえない)は通常ありえない投与量なので、疑義照会の対象となるはずだったが確認しなかった。前回処方が5mgだったので、いきなり10mg増量したことについて患者家族に再確認することを怠った。3.入力を再度見直せば28日分服用する前に発見できたはずだが、怠った。	調剤者と監査者がしっかりとチェックすることを再確認する。	ドンペリドン錠１０ｍｇ「日医工」	ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「サワイ」	
128	処方箋には「【般】ヒドロコルチゾン酪酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏 全量20g 1日3回 顔面・四肢・体幹のかゆいところ」と記載あり。「強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏」で調剤すべきところ、「ヘモレックス軟膏（一般名：ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤軟膏）」で入力し取り揃えた。他の薬剤師が鑑査時に間違いに気付き発覚。交付前に発覚したため患者様への影響はなかった。	薬剤名を全て確認して入力する手順が遵守されていなかった。	配合剤は特に一般名称が類似している薬剤が多い為注意が必要である。薬剤名称はすべて一字一句確認する手順を遵守する。	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	
129	クラシエ小柴胡湯60包をお渡しの所、クラシエ小柴胡湯7包とクラシエ小青竜湯53包でお渡ししてしまった。	【背景】不十分な最終確認をした。【要因】全ての薬に対して薬品名を確認しなかった。小青竜湯の包装がピンク色だったのですべて小柴胡湯だと思い込んでしまった。クラシエ小柴胡湯とクラシエ小青竜湯が同じところに在庫していた為同じものだと思い込んでしまった。	【充填時】クラシエ小柴胡湯とクラシエ小青竜湯の在庫するところを変える→各々に袋を作成し充填時に袋の中に入れる。【監査時】指差し・声出しして確認する事を徹底する。	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒	
130	メトアナ配合錠HD処方のところエクメット配合HDを調剤してしまった。	HDというところで判断して調剤してしまった。発声調剤、自己監査等基本的な所が出来ていなかった。外観が類似している為、誤って取ってしまった。	同効薬であり、外観も類似している為間違いやすい薬剤である。発声調剤、自己監査を徹底する。調剤棚を近くにしない。薬局内で間違いやすい薬剤は注意喚起の表示を付けるなど工夫する。	メトアナ配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ	
131	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒で処方のところ、レセプト入力時に誤ってツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒で入力。鑑査時に誤りに気が付いた。	1年目の事務による入力で、類似薬の知識不足や経験不足が要因と考えられる。またいつもより忙しい時間であったため焦りがあったと思われる。	当薬局内での類似薬や間違えやすい規格の確認を行う。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（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
132	調剤は小青竜湯でつくったが、入力が小柴胡湯となっていることに気ずかず、お渡しした。本人に連絡をとり、薬の確認をお願いした。小青竜湯がはいっていた。正しい薬情、薬袋、お薬手帳のシールと高く頂いた料金の返金をしたい、とはなしたが、次回受診時でいいです、とのお返事。もうしわけありません、と陳謝した。	まちがってはいない、という思い込み。	薬情の写真と、現物をならべて間違いがないかを確認する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	
133	タケキャプ20mgの処方を10mgで入力し一包化、監査時に気付き再度作り直してお渡し	タケキャプ10mgがよく処方されるため10mgで入力したと思われる。	薬品名だけでなく規格も注意して確認する	タケキャブ錠２０ｍｇ	タケキャブ錠１０ｍｇ	
134	オルメサルタンとオルメテックをとり間違えた。	オルメサルタンの箱にオルメテックが入っていた。	戻す際はダブルチェック。	オルメサルタン錠５ｍｇ「日医工」	オルメテックＯＤ錠５ｍｇ	
135	モンテルカストチュアブル錠が処方されていたが、モンテルカスト錠で入力してしまった。	普段、モンテルカスト錠しか処方されていない医療機関より、初めてチュアブル錠が処方され、間違って入力してしまった。	処方薬の名称・規格を最後まで確認する	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」	
136	普通錠とOD錠の剤形の入力ミス。	当薬局の採用品の認識不足。	採用品の確認の徹底。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」	
137	ヨーデル錠が処方されていた患者に対し、センノシド錠で調剤。監査時に気付き、正しいもので調剤してお渡しした。	一般名処方でセンナエキスと記載があったが、最初の文字だけ見て、センノシドと勘違いしてしまった。	規格先読みの徹底。センナエキスは80ｍｇ、センノシドは12ｍｇであるので、その部分でも気づくことができる内容。	ヨーデルＳ糖衣錠－８０	センノシド錠１２ｍｇ「サンド」	
138	カロナール錠500mgが流通不安定により錠数が不足しており、事前に一包化予製をしていた他の方の薬剤を使用し、再分包する形で用意した。その薬剤の中にカルボシステイン錠500mgが混入していた。外観の類似から鑑査時に見落とし、施設にそのまま配薬を行ってしまった。投薬時に施設看護師が気づき、発覚。	流通不安定のため、薬局内在庫をかき集めたこと。作業時に繁忙、焦りがあり調剤、鑑査時に集中できなかったこと。	鑑査時の確認を怠らないこと。一度一包化した薬剤を再利用する時は、必ずダブルチェック後に充填すること。今後、同様の調剤過誤が起こらないように徹底して参ります。	カロナール錠５００	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」	
139	ツムラ八味地黄丸が処方されているところ、八味地黄丸と牛車腎気丸を半分ずつ投薬してしまった。薬局を出られたときに残った箱を見て間違っていたことに気づいて声をかけ、薬を正しい物に入れ替えてお渡しした。	漢方の番号の末尾が同じで、箱の色が同じにもかかわらず、同じ棚の近い場所に保管していた為、商品入庫時に間違えて保管してしまっていた。それに気づかず、その場所から箱を4箱取って投薬してしまった。	それぞれの薬を、片方は元の棚に、もう片方は引き出しに保管することにした。ピック時には色だけでなく、番号、名前もしっかりと確認する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
140	アルファカルシドール0.5μg錠が処方されており、採用はアルファカルシドールカプセル0.5μgのみ。調剤はカプセルでされていたが、入力は錠剤となっている状態でした。	以前は錠剤の採用があったため、入力画面でまだ錠剤にも優先フラグが立っている状態でした。このことが原因で上記のような事例が起きたと考えます。	採用が終わったものの処理手順が明確でなかった。採用が無くなったものは1，全体で共有2，責任者クラスがデータ処理を行う。という流れとしていました。	アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」	
141	「アイ・・」と名称が似ているため、ピッキング間違い。投薬時、患者様との確認の際に発覚した	どちらも「アイ・・」から始まる点眼であったことから、思い込みで服薬指導時まで気が付かなかった。	今回の事例を薬局内で共有し、「アイ・・」から始まる点眼は複数あることを認識し、注意する。	アイファガン点眼液０．１％	アイラミド配合懸濁性点眼液	
142	一般名で「トラボプロスト・チモロールマレイン酸配合点眼液」と処方されていたが、レセコン入力とピッキングは「トラバタンズ点眼液」になっていた。投薬する際に、患者様との確認の際に発覚した。	「トラボプロスト・・・」から始まる処方のほとんどがトラボプロスト点眼液であるため、「トラボプロスト・チモロールマレイン酸配合点眼液」の最初の文字で惰性でトラボプロスト点眼液と判断してしまった。	「トラボプロスト・・・」から始まる一般名の点眼は配合剤もありえるため、その事を常時年頭におきながら調剤や監査をする。また、処方箋の一般名と調剤録の一般名が一致していることを確認する。	デュオトラバ配合点眼液	トラバタンズ点眼液０．００４％	
143	トコフェロール酢酸エステル100mg「ツルハラ」で処方されていたが調剤者がトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」で調剤。レセコンで入力の際に処方薬からの変換ができないことで違うものであることに気付く。自店には処方薬の在庫がなかったため処方箋をお返しし対応を終了した。	トコフェロール酢酸エステルとニコチン酸エステルの２つがあることを知らなかった。	調剤棚に酢酸エステルとニコチン酸エステルがあることへの注意書きをする。	トコフェロール酢酸エステル錠１００ｍｇ「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」	
144	カムシアHD錠をピッキングの際、カムシアLDが混入していました。	薬剤を棚に戻す際、カムシアHDの引き出しにカムシアLDを戻していた。	ピッキングの際、慎重に取り出すこと。監査レンジシステムがうまく機能するようすべての薬剤のバーコードを上に向け読み取れるように置くこと。棚に戻す際も同様に慎重に戻すこと。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」	
145	ロキソプロフェンテープ温感が処方されていたが、非温感タイプを調剤してお渡し。患者様帰宅後、今回は温かいものを希望したと電話あり。交換してお詫び	普段非温感タイプを希望していたので、今回もそのままだと思い込んでしまった。	温感か非温感かが薬品名の一番後ろに記載されているので、そこまでしっかり見る	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Ｎａテープ１００ｍｇ「科研」	
146	【般】アロプリノール錠１００ｍｇ　1錠分１朝食後２６日分の処方について、アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」２６錠で調剤するところ、誤って、アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」２０錠とＬ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」６錠を調剤し、患者へ交付した。後日患者より服用したことがない薬が薬袋に入っている旨の連絡をいただき、今回の間違えが発覚した。患者宅へ訪問し、誤ったＬ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」６錠を回収し、アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」６錠と交換した。	アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」とＬ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」の外観が似ていることを意識せずに、調剤、監査を行ったことが要因と考えられる。また、今回の調剤以前からアロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」の棚に、Ｌ－アスパラチン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」が混在していた可能性が考えられる。	調剤、監査時に、端数の薬品名を確認することを怠らない。今後の対策として、アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」とＬ－アスパラギン酸Ｃａ２００錠「トーワ」の棚の位置を離すこととした。	アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「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
147	【般】ロサルタンK錠25mgと記載された処方箋を見ながら薬剤をピッキングする際に、本来であればロサルタンカリウム錠25mg「サワイ」を取るところ、誤ってロスバスタチンOD錠25mg「DSEP」を取っていた。監査の際に別の薬剤師が気づいた。	当時は繁忙の時間帯であり、薬品名をしっかり確認する余裕を持てていなかった。また、両剤の名称、規格、外見が類似していた。	薬品棚に取り間違い注意の注意喚起シールを貼付する。	ロサルタンカリウム錠２５ｍｇ「サワイ」	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	
148	一般名処方で、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ(２４時間持続)と記載されていたが、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」の１２時間持続製剤で入力。調剤者も監査者も気づかず投薬。交付後、処方せんを見返した薬剤師が気付き、患者宅へ交換へ伺った。	他に新規の薬で在庫がない薬があり、そちらに気をとられていたのが要因として考えられる。	イレギュラーなことが起きた場合はミスが起こりやすいので、より慎重に監査することを心掛ける。	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」	
149	ビオフェルミンR錠処方のところビオフェルミン錠で調剤、監査、投薬まで完了してしまい、交付後に投薬者が不安になり患者に電話したところ間違いが発覚。即お届けにあがった。	調剤者も監査・投薬者もビオフェルミンRと認識していたにもかかわらず隣の棚のビオフェルミン錠を取ってしまい交付まで気づかず。	再度ダブルチェックを慎重に行うように指導	ビオフェルミンＲ錠	ビオフェルミン錠剤	
150	一般名処方でヒアルロン酸Na点眼液０．１％５ｍｌの処方。レセコン入力時、規格間違いでヒアレイン点眼液０．３％を入力。患者には正しくヒアレイン点眼液０．１％を交付したが、薬袋、薬情、おくすり手帳が０．３％表示のまま渡してしまった。患者帰宅後間違いに気づき、電話で説明し、患者からの申し出でにより、薬袋、おくすり手帳、薬情等の％の記載訂正を依頼した。	一般名処方の入力は選択肢が多く、調剤頻度の低い薬剤であったため間違って選択した。入力後の確認不足があった。	レセコン入力時の再確認の徹底。交付時の薬袋、おくすり手帳、薬情とうの規格の確認を徹底する。	ヒアレイン点眼液０．１％	ヒアレイン点眼液０．３％	
151	処方は、クラシエ小青竜湯だったが、誤ってクラシエ小柴胡湯調剤してしまい、監査も通してしまった。後日ご家族から定時のお薬ではないものが入っていたと来局された。	漢方処方の多い中、薬剤番号も包装外観も類似していて、先入観や慣れもあったと思われる。	薬剤番号も包装外観も類似しているため、処方数の少ない漢方の配置を変更した。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	

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
152	一般名処方で「テルミサルタン80mgアムロジピン5mg」と記載されていた。通常は「テルミサルタン40mgアムロジピン5mg」が採用品目でありテラムロAP錠が処方されている。テラムロBPは採用品目ではなかったが、処方箋を持ってきたのは採用もとの先生であり、採用品目外の一般名入力で処方を持ってきた。入力した事務員が、別規格があるのを知らず、テルミサルタン40mgアムロジピン5mgと思いこんで入力し、テラムロAPを選択、薬袋にもテラムロAPと打ち出されていたため、調剤、監査投薬した薬剤師も気づかずにテラムロAPで渡してしまった。後から先生からBPのほうと連絡があり、間違いに気づきすぐに交換した。	よくやり取りをしてる先生ということもあって、注意力が抜けていた。また事務員も入力時、思い込みで処方箋との照合を忘れ間違って入力してしまった。ただ単に注意力が散漫していたことに他ならない。	電子処方箋になるとこのような間違いはまずなくなることが考えられるが、直ぐには導入できず、その機会までは再度入力を見直すことを地道に行うしかないのと、採用品目でも別規格がある場合はその都度覚えてもらうように勉強してもらうようにする。	テラムロ配合錠ＢＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＥＥ」	
153	T-10柴胡桂枝湯を調剤すべきところ、T-60桂枝加芍薬湯で調剤。監査で発見されず、交付後患者家族から指摘を受け発覚。服用前に交換。	ツムラの漢方薬は数字下一桁で色分けあり同色。T-10とT-60が棚の上下に置かれていたため、注意しなくてはという意識はあり、在庫量にも違和感を感じた（通常T-10は在庫量少なく、T-60は多め）にも関わらずピッキングミス。	閑散な時間帯で薬剤師は一人、他の調剤の合間にピッキングしたこともミスを誘発したと考えられる。ミスしやすい曜日・時間帯をピックアップして、目につく場所に注意喚起を掲示。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	
154	ツムラ猪苓四物湯エキス顆粒（112番）2P2x30TDで60P処方のところ、ツムラ猪苓四物湯エキス顆粒（122番）21包 2束とツムラ排濃散及湯エキス顆粒18包 1束でピッキング、鑑査され患者様へお渡しとなった。翌日棚卸を行っている際に112番の箱に122番が混在しているところを発見し、鑑査システムを確認したところ上記内容でお渡しとなっていることが発覚した。発覚後すぐ患者様へご連絡、継続薬であったため手持ち残薬から服用されており今回お渡し分はまだ服用されていない状態であった。後日交換対応を行った。	ツムラ112番と122番はどちらも緑色の包装であり類似していたために返却か小分け納入の際に誤って他の箱に戻された可能性が考えられる。また類似の為ピッキング、鑑査時によく確認せず気が付かなかった。鑑査システムのバーコード読み取りは一番上に置かれていた112番で読み取った為エラーも出ることがなく鑑査不十分で患者様へお渡しとなった。	ピッキング者と鑑査者が漢方の番号の声出しと指差しを行い、確認を徹底する。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	
155	エンシュアH７本調剤のところ、エンシュアリキッドが２本混在していた。	外観類似しているため異なる成分であるリキッドが混在してしまった。	外観類似薬剤はできるだけ離して保管・管理するよう対策する	エンシュア・Ｈ	エンシュア・リキッド	
156	ツムラ桂枝茯苓丸加よくいにんエキス顆粒（125番）7.5ｇ1日3回　56日分の処方ですが、全8束のうち2束がツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（25番）が入ってると患者様より御電話があり発覚しました。	同じ色、似てる名前、同じ番号の為にすべての薬剤を確認せずにお渡ししました。	すべての薬剤を確認することを徹底する。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
157	関節痛受診の患者さんが持ってこられた整形外科CLの処方箋で、本来セレコックス・ムコスタの処方箋がセルベックス・ムコスタになっていた。当薬局の事務員もご処方箋のままレセコンに入力したが、処方箋鑑査で薬剤師が気づき疑義紹介し処方変更となった。	整形外科CLの事務員が新しい方で、Dr手書きカルテの処方薬を読み違えたものと思われる。	特になし、処方箋鑑査の徹底	セレコックス錠１００ｍｇ	セルベックスカプセル５０ｍｇ	
158	内科からツムラ加味逍遙散が処方されていたが、ツムラ加味帰脾湯を投薬してしまった。今までも数年にわたり処方されていたが、本人も気づかずに数日服用してから漢方薬の色が違うとわかり電話で発覚	めまいで耳鼻科にも受診しており、加味帰脾湯がその為に処方されているのでは、と考えが置き換わってしまい、めまいの話をしながら投薬。監査時にも気づかず	薬歴に「ツムラ　24　加味逍遙散」と注意を喚起	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	
159	ツムラ３９が処方されていたが、棚から在庫を下す際、ツムラ２９を間違って取りそのまま渡してしまった。交付後患者様から一部違う番号のものが入っていると連絡があり、交換した。服用前に気付いたため健康被害はなかった。	どちらも同じピンク色で下1桁が同じだったため、間違って取ってしまった。	番号をしっかり確認してピッキングする。	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）	
160	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」(温感)で入力するところ、「ユートク」(非温感)で入力し窓口まで回ってしまった。投薬時に発覚し訂正した。	温感のほうが滅多に処方されないので、いつものように非温感で入力してしまった。	入力・監査の徹底。レセコン入力時に温感・非温感と分かるように設定した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」	
161	ロスバスタチン錠5ｍｇを調剤するところアトルバスタチン錠5ｍｇで調剤する。気づかずpeechに通す際に×がついたため気づく。	スタチン系は棚も近く、名前も似ているため誤って調剤してしまったと思われる。	間違わないように必ずpeechに通すため誤りを防ぐことはできた。今後も必ず通すことを徹底する。一包化のカセット補充の際には2名で確認して補充するようにする。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＪＧ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＮＰ」	
162	2023/11/04にフルタイド１００ディスカスが処方されていたが、アドエア１００ディスカスを渡していた。３月に入り、使用しようとしたところいつもの吸入と色が違うことに気づき、使用前に薬局に連絡あり、調剤ミスが判明。フルタイド１００ディスカスを渡す。	吸入の包装が似ているため、取り間違えたと推測される。	置いてある薬品棚の場所を変える。	フルタイド１００ディスカス	アドエア１００ディスカス６０吸入用	
163	タクロリムス錠処方を、タムスロシン錠取り間違え。監査時に発覚し交換。	この日は泌尿科処方が多く、タムスロシン錠の方が数人続いていた。	監査の徹底	タクロリムス錠０．５ｍｇ「あゆみ」	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
164	ニフェジピン徐放錠10ｍｇが一般名処方されていた。24時間持続分で入力し、ニフェジピンＣＲ10ｍｇで調剤。調剤後、12時間持続分であることに気づき、入力し直し、ニフェジピンＬ10ｍｇ「サワイ」で調剤した。	当薬局の採用品がニフェジピン徐放錠１０ｍｇ　24時間持続分だったため入力間違えたのが原因と思われる。	薬局の採用品にとらわれず、入力時に規格等をきちんとチェックし入力する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」	
165	処方頻度の高い漢方薬は調剤室内に一列に並べて置いているが、処方頻度の低い漢方薬は隣にある製剤室の棚に置いている。置けるスペースの関係上、番号順には並んでいるが箱が2段に重なっており、今回処方された小青竜湯（99）の上付近に小建中湯（19）が置かれていたため誤って小建中湯をピッキング。監査の時点で気付いたため患者さんに渡すことはなかった。	調剤室と同じように見やすく一列に並べていれば今回のケースは防げたかもしれない。しかし置けるスペースが限られていたため2段重ねて番号順に並べていたので、ピッキング時に番号・名称が似ていることと近い場所に置いていたなどが重なり見誤りで違う番号をピッキングした。	今回のようなケースを防ぐため、漢方薬を置くスペースを今までより広くし一列に並べて置けるようにし、見やすく見間違いなどがなくピッキングができるようにしました。併せてピッキング、監査、調剤とそれぞれの役割の再確認し同じようなケースが起きないよう話し合いました。	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）	
166	グリメピリド錠が処方されているところ、間違えてグリミクロン錠を投薬してしまった	処方が集中した時間帯に他職員との連係ミスと最終的に投薬した薬剤師の確認もれにより起きた事例。	錠剤監査システムを利用しているが職員間の連携ミスで監査済みと思った薬剤師が最終的に気が付かずに投薬したことが原因。決められた流れを再度、職員で確認することで間違いが起きないように事例の共有した。	グリメピリド錠１ｍｇ「トーワ」	グリミクロン錠４０ｍｇ	
167	【一般名】クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％で処方されていたところ、誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏でレセコン入力を行った。投薬後に、薬歴記載時に気がつき、患者へ電話し帳票などは郵送することになった。医師の指示通り塗布を継続するようにと指導	一般名処方の際の、入力を再度確認を徹底する。投薬時の再度確認を徹底する	ステロイド一般名の処方時、再度確認を徹底する。また、鑑査レンジを通す際に、目視を行わない。	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」	
168	２０２４年４月５日(土)１１時頃に、送付者：内科を受診した患者（７０歳女性）から処方せんをＦＡＸ受診した。処方せんには「ボノテオ錠５０ｍｇ、毎月１０日　１錠／分１起床時、４日分」と記載されていた。薬剤師?@は調剤する際、同一の劇薬引出から、ボノテオ錠５０ｍｇを調剤するところ、ボナロン錠３５ｍｇを調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のボノテオ錠５０ｍｇではなく、ボナロン錠３５ｍｇが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはユリノーム錠５０ｍｇを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ボノテオ錠５０ｍｇとボナロン錠３５ｍｇは、同じ劇薬の引き出しに管理されていた。	それぞれの医薬品に【同系統類似名医薬品あり注意】の付箋をつけて管理することとした。	ボノテオ錠５０ｍｇ	ボナロン錠３５ｍｇ	

類型IIIの事例（事例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
169	一般名処方でステロイド外用剤を取り違え。監査時に発見し、交付前に対応へ。	昼休み時期の人数が薄い時間帯であったことが要因かと思われる。	人数が薄い時間帯は二重三重の確認をして調剤、監査を行うように努める。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「ラクール」	ベタメタゾン吉草酸エステルローション０．１２％「イワキ」	
170	「ツムラ苓姜朮甘湯」が処方されていたが「ツムラ苓桂朮甘湯」で計数調剤され、監査もスルーしてしまった。交付した薬剤師が間違いに気づいた為、患者に渡す事はなかったが、監査した薬剤師がそのまま渡していたら間違った薬剤を渡していた可能性が高かった。	在宅業務をしながら外来業務をしていた為、監査した薬剤師が監査の徹底が出来ていなかった可能性がある。	名前が類似している薬剤に関しては注意喚起の札をつける事にした。また、今回の事を薬歴のコメントに入れて注意喚起する事にした。患者様にお薬を渡す際もお薬を1個ずつ本人の目の前で確認しながら服薬指導をするようにした。薬局内で今回のインシデントを共有し同じような間違いが起きないように注意喚起した。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	
171	ツムラ108人参養栄湯のピッキング時にツムラ108人参養栄湯の在庫場所にツムラ68芍薬甘草湯が保管されていた。ピッキング時に判明し、患者への交付はされなかった。	ともに外観が類似（数字が末尾８で終わる。包装用紙が赤色）	外観類似の注意書きを在庫場所へ。申し送りにて注意喚起。	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）	
172	皮膚科を受診しクロベタゾン酪酸エステル軟膏／プロペトの混合が処方された患者。受付時に薬剤師が手帳を見て以前にも処方された薬であることを確認した。別の薬剤師が、一般名の処方箋を見て調剤を開始したがクロベタゾール軟膏をプロペトを混和し軟膏ツボに入れてしまった。投薬した薬剤師は塗布部位が顔であることから間違いが発覚した。	感染症が流行している午前中で時期で薬剤師3人が慌ただしく薬局内外を動き回っていて注意力が散漫になっていた。また、キンダベート軟膏とデルモベート軟膏の一般名処方が似ている（それぞれクロベタゾン酪酸エステルとクロベタゾールプロピオン酸エステル）のが１要因と考えられる。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏は門前でよく処方されるため、思い込みで調剤してしまった。今回は面処方であったことからいつもと処方箋の書式が異なることも判断を迷わせる要因となった。	ステロイド外用薬の一般名は似たものが多く長いので区別しにくい。これまでもアンテベートとリンデロンの一般名が似ていることから取り違いを経験している。軟膏ボトルに詰めて渡す混合調剤では一般名製品の場合、ステロイド薬の効力ランクごとに色を区別した成分名シールをボトルに貼り、投薬ミスを防いでいた。今回は交付薬剤師が未然にミスを防げたが、対策を打たないと今後も同じミスが繰り返されると思われる。今後は取り違いを起こし易い外用薬の採用は極力減らす事にした。ベタメタゾン酪酸エステル、アルクロメタゾンの採用を中止し、アンテベート、アルメタと間違いを認識し易い旧先発品に変更した（どちらも長期収載で先発扱いが無くなったため）。キンダベートに関しては後発品の採用中止を検討中。これにより、医師や患者からの外用薬の問い合わせ時にもスムーズに対応できる。また、軟膏類はボトルから秤取して混合しているため通常の監査システムで監査できない事も問題と認識しており、対応策を思案中。	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％「イワキ」	
173	ゾピクロン錠１０ｍｇ処方をゾルピデム錠１０ｍｇを誤って投薬。その後、患者が気付き交換。服用前のため特に体調変化等は無。	当局ではゾルピデム処方が、多いので監査時に見落とした。	W監査の徹底	ゾピクロン錠１０ｍｇ「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「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
174	ウルソデオキシコール酸100ｍｇサワイが処方された患者様に対して、誤ってアロプリノール100ｍｇサワイを交付。その日、プリンターの不具合で、帳票類が出ないトラブルがあり、調剤録・薬情がでなかった。	繁忙時間帯で、調剤・鑑査・投薬を同じ者がしてしまった。同じ沢井製品であり、ヒートのデザイン・色などが類似しており、カセットも横並びになっていた。調剤者は正しい薬を取ったつもりで、投薬時も正しい薬だと思い込み説明・投薬してしまった。新規で処方される薬で患者様自身もその場で異なる薬剤だと気が付かなった。後日薬情をご郵送、交付された薬と説明に載っている薬が異なる事に気が付き服用せずにいた。	忙しい時間帯でも一人のものが調剤・鑑査・投薬しないよう、周りの者に声がけをし複数の目でチェックする。調剤者も、過信せず何度も鑑査する。間違えやすい薬剤は離して置くよう、薬の配置にも工夫する。	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「サワイ」	アロプリノール錠１００ｍｇ「サワイ」	
175	ビプレッソ徐放錠５０ｍｇが処方されているところ、誤ってビムパット錠５０ｍｇを取り揃えてしまった。監査の時点でミスに気付き、患者には正しい薬を投薬した。	薬品棚の引き出しが隣り合わせで、規格も「５０ｍｇ」と同一だったため、繁忙する時間帯にチェックが疎かになったため起きたミス。	薬品棚の配置を見直す。	ビプレッソ徐放錠５０ｍｇ	ビムパット錠５０ｍｇ	
176	一般名処方、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%処方入力時に誤って　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を入力調剤時に発見訂正	類似名称による誤入力	一般名処方　誤りやすい薬品リストを設置	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」	
177	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%処方のところ、0.1%でお渡し。入力、調剤、鑑査、投薬(鑑査・投薬者は同じ)全てにおいて気づかずそのまま患者様に交付してしまった。後の裏打ちチェックで間違いに気づき患者様にご連絡。後日正しい薬と交換、精算することとなった。	普段0.1%の方が多く処方されるため、慣れや過信で入力・調剤してしまった。混んでいたため鑑査者も焦っており、ミスにつながった。鑑査者と投薬者が当薬局経験の少ない者であったため、確認がおろそかになってしまった。	間違えやすい点眼の規格ミスである。入力時にはQRコードを使用するようにし、QRがついていない処方箋の場合特に気を付けて入力する。調剤者、鑑査者、投薬者においては間違えやすい薬であると意識し業務にあたる。複数の目で確認する。	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３％「センジュ」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「ニットー」	
178	処方箋にピレチア錠25ｍｇの記載が有り、投薬時の患者さんとの服薬指導中に話が食い違い、処方箋の記載がピレチア錠２５ｍｇではなく、ビラノア錠２０ｍｇの記載間違えの可能性があった為、医院に疑義照会を行った結果、ビラノ錠２０ｍｇの入力間違いが発覚しました。	頭文字が同じで、文字数も同じで、ｍｇ数も似ていた為、処方箋の入力時に間違えたものと思われます。	投薬時など、患者さんに対する服薬指導や対話の中で間違えがないかどうかなども注意していくことが大切だと思います。	ピレチア錠（２５ｍｇ）	ビラノア錠２０ｍｇ	
179	ヒューマログＮ注ミリオペンの処方が来ていたがヒューマログ注ミリオペンで入力。（ヒューマログＮ注ミリオペンは２０１６年に製造終了）調剤、監査・投薬もそのまま出していたことが投薬後の処方箋再チェックで発覚。疑義照会してヒューマログ注ミリオペンで間違いない事を確認し、患者様にはそのままお使い頂く旨ご説明した。	処方箋原本の確認不足。繁忙による焦り。病院側のレセコンのメンテナンス不足。（製造中止品が入力できる状態だった為）	処方箋原本に沿って入力、調剤、投薬・監査を徹底する事、繁忙時間こそ落ち着いて行動する事を朝礼等で注意喚起した。	ヒューマログＮ注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	

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
180	クロベタゾール酪酸プロピオン酸エステルローションの処方。今まで仕入れていた日医工が販売終了とのことで、在庫がなく「イワキ」で購入し郵送対応。しかし、クロベタゾン酪酸エステルローションを誤購入し郵送。次の日気が付きお電話にて説明し物が届いたころに交換しに患者様宅へ。使用前であったため、過誤にはつながらなかった。	発注時点でのミス。	不足対応も２者確認の徹底	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	
181	ヒューマログミックス50注ミリオペン処方もヒューマログ注ミリオペンを薬袋に入れ交付しようとしていた。在宅患者の処方であったため訪問する薬剤師が冷蔵庫から出す際に確認したところ取り違えを発見。	当該薬剤師が当薬局ではヒューマログ注ミリオペンの採用、払い出ししかないと思いこんでいたころが原因。	新規採用医薬品、類似名称の医薬品の採用に関して所属している薬剤師全員へ周知徹底する。	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	
182	定期でロスバスタチン錠2.5ｍｇを処方された患者にアムロジピン錠2.5ｍｇをお渡ししていた。1ヶ月後に患者家族から錠剤が違うと電話での連絡があった。患者はアムロジピン錠2.5ｍｇを服用していなかったため、体調の悪化は無かった。直ぐにロスバスタチン錠2.5ｍｇの取り替えに来て頂いた。	アムロジピン錠は劇薬であるが、ロスバスタチン錠とアムロジピン錠の規格が同じであるため、ピッキングの際に取り間違えが起こってしまった。その後の監査でも取り間違えに気が付くことが出来ず、そのままアムロジピン錠2.5ｍｇをお渡ししてしまった。	規格でピッキングする錠剤を判断せず、処方箋との確認を忘れず取り組む。今回のミスは調剤者と鑑査者が同一人物であった可能性があるため鑑査時に気が付く事が出来なかった。今後は調剤者と鑑査者は異なる人物が行い、同じミスを繰り返さないようにしていく。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「杏林」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ケミファ」	
183	漢方薬炙甘草湯の処方あり。もともと、高血圧で動悸が度々あり、ほかの医療機関にて鬱の治療もしている。今まで比較的体調が落ち着いていて、動悸もたまに起きる程度だったが、今回は頻繁に起きたと問診時話しておられたので、炙甘草湯の処方が出たと思い、調剤交付した。しかし、交付時の最後に、足がつって痛いので、薬を処方してくれると医師から言われたと聞き、医師の処方薬は芍薬甘草湯ではないかと思い、疑義照会を行った。医療機関側の事務の方の入力ミスであることが判明し、医師の処方薬は芍薬甘草湯であることがわかった。動悸のほうは安定剤アルプラゾラムが残っているということで、そちらを使えばよいとのことだった。	医療機関側の要因として、炙甘草湯と芍薬甘草湯は名称が似ていること、入力時のコードで間違えたと思われること。事務職員なので、状況確認ができず、薬についても知識がなかったことなどが考えられる。薬局側としては、問診時の確認不足、一つのワードからの思い込みで、交付時に詳しく確認できたため、最終的に正しい処方薬でお渡しできた。	来局時の問診の重要性を薬局内で意思統一、共有することと考える。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
184	クラシエ小青竜湯エキス錠が処方されていたが、調剤時に小青竜湯エキス錠と小柴胡湯エキス錠を合わせて調剤してしまった。交付時の確認で小柴胡湯が混ざっている事に気付いた。	クラシエやツムラは箱の色や番号を見てしまうことも多いが、小柴胡湯と小青竜湯は箱の色が同じで番号も近いうえに商品名も似ているので注意が必要。	処方頻度の高い小青竜湯と、処方頻度の低い小柴胡湯の保管場所を離れた場所に保管するようにした。調剤時、監査時、投薬時にも漢方の場合は、束とバラそれぞれについて目視をして確認するようにする。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠	

類型IIIの事例（事例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	ビオフェルミン配合散が処方されていたが鑑査者と異なる薬剤師が投薬時にビオフェルミンＲ配合散が入っているのに気づき、正しいビオフェルミン配合散に取り換えて調剤した。	名称が似ている薬剤であり、勘違いしたものと思われる。	名前が似ているが規格や剤形が異なる薬剤に注意する。鑑査システムを効果的に利用し、取り違えのないようにする。	ビオフェルミン配合散	ビオフェルミンＲ散	
186	先生の指示のメモ書きを、処方せんに転記する際の転記ミス。	転記はリスクが大きいので、今後は転記しないで薬を用意する方法を皆で考案した。	ヒヤリハットを経験したときは、再発しないような工夫をし次回につなげる。	カロナール錠３００	カロナール錠２００	
187	処方箋にはツムラ炙甘草湯が処方されていたが、当該病院ではあまり使われない漢方薬だった。しかし訴えの多い患者なので、特別に処方されたかとも考えられたので聞いてみた所、足が攣ったという症状だったので問合せとなった。	医師が漢方薬を選ぶときに取り違えたと思われる。	漢方薬の場合、主な効能以外の使い方もあることから患者への聞き取りをしっかりとした方が良いと考える。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
188	一般名処方：クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%を誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で入力し調剤してしまった。	一般名処方が似ており、確認不足であった。	それぞれの薬剤のステロイドの強さを認識し、一般名が似ている薬剤があるということを認識し注意して鑑査を行う	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％「イワキ」	
189	小青竜湯と小建中湯の外箱が類似しているので、ピッキングミス。	処方箋を見ながらピッキングしていないので、ミスが発生。	常に処方せんを手元に置いて、調剤。ピッキングと監査薬剤師を別の人間が行うよう徹底。	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）	
190	パーキンソンの患者でいつも他の薬剤と共にスタレボ配合錠Ｌ１００を一包化していた。薬剤師Aが棚の隣りにあったドパコール配合錠Ｌ１００を用意して場を離れ、手の空いた薬剤師Bが置いてあった薬を一包化した。Bが患者に渡した翌日に電話で赤い薬（スタレボ）が薬包に入っていないと連絡がありミスが発覚した。患者宅を訪問し薬包を回収、一包化し直して届け陳謝した。	処方箋を見ながら薬の用意、一包化したが薬剤師AB共に薬の名称の最後の一部にしか目を通しておらず、成分薬効も同じで患者の症状に適合していたため見逃していた。	薬の名称確認を徹頭徹尾行う。	スタレボ配合錠Ｌ１００	ドパコール配合錠Ｌ１００	
191	初めてアレンドロン酸35ｍｇ錠が処方された患者の処方箋を受付た際に、処方箋の用法の記載漏れに気が付いた。通常の服用であると判断して「月１回服用」と入力。疑義照会の返答待ちの間に、監査者がアレンドロン酸35?r錠の用法は「週１回」と気が付き、入力訂正を実施した。	アレンドロン酸35ｍｇとミノドロン酸50ｍｇとを勘違いして用法を判断してしまった。	同じ効能の薬でも用法に違いがある薬の入力は慎重に実施する。	アレンドロン酸錠３５ｍｇ「トーワ」	アレンドロン酸錠３５ｍｇ「トーワ」	
192	マグミット330mgが朝食後・就寝前のところ朝食前・就寝前で入力されていた。そのまま鑑査、投薬で見逃し交付。患者様はそのまま服用。投薬後、他の事務員が気付き、ご本人にご連絡。	繁忙の時間帯だったためチェック機能の漏れありが主の要因と考えられる。入力時、投薬時の指差し確認の徹底を強化。	事例を局内で共有し、指差し確認の徹底を周知する。	マグミット錠３３０ｍｇ	マグミット錠３３０ｍｇ	

類型IIIの事例（事例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
193	セフポドキシムプロキセチル錠100mgをピッキングしないといけないところ、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgをピッキングしてしまった。	あせり。多忙。疲労感に集中力低下。処方箋をきちんと見ていなかった。	注意喚起。ヒヤリハット事例の共有。	セフポドキシムプロキセチル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	
194	普段から当薬局ご利用の患者様今回頓服でツムラ当帰芍薬散が処方されていた用法の欄にはこむら返り時と記載があり半年ほど前にも頓服で同様の処方がされていた時にはツムラ芍薬甘草湯が処方されていた為処方医に疑義照会を行ったところツムラ当帰芍薬散からツムラ芍薬甘草湯へ変更となった	芍薬と名の付く漢方は多くも似たような漢字が並んでいる為、入力時に違う漢方を入力したことに気づけなかった可能性がある	漢方は似た名前が多い為入力、ピッキング時注意が必要となってくる入力時は類似した漢方がある可能性を念頭に置いて再度入力内容が正しいか確認を行うピッキング時も包装は色などで分類されているが取り間違いのもとになるので漢方の番号を見てピッキング行う	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）	
195	桂枝加朮附湯が処方されているところ、桂枝茯苓丸で調剤してしまい、監査の段階で気づいた。	処方せんのコピーで調剤しているが、最初の2文字だけで思い込んで調剤してしまった。	調剤監査機器のポリムスを使用することで、調剤過誤の防止に努めている。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
196	継続処方と思い込み、入力。薬剤交付時に患者と確認したところ、医師から薬の増量指示があったとのことで、処方箋を再確認。シュアポストの規格が増量となっていた。	思い込みで入力してしまったこと。	入力時には思い込みをせず、確認を徹底する。	シュアポスト錠０．２５ｍｇ	シュアポスト錠０．５ｍｇ	
197	一般名ペリンドプリルエルブミン錠２ｍｇの処方をベニジピン塩酸塩錠2ｍｇと誤って調製した。鑑査に回す際に誤りに気づき訂正したため患者への健康被害等影響はなかった。	処方箋を見ながらの調製であったが、双方の薬が降圧剤であること、採用メーカーが同じであること、規格が２ｍｇと４ｍｇがあることが共通しており、混同し思い込みにより誤った薬剤を調製してしまった。	似た名前、間違いやすい医薬品については注意を促すよう箱に印をつけるなどし再発を防ぐ。調製時の手順として鑑査前にも再度確認する。	ペリンドプリルエルブミン錠２ｍｇ「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠２ｍｇ「サワイ」	
198	１回服用時から体調不良が出ていたが、薬剤の違いに気づかず２回目も服用し、同様に体調不良が現れたことから薬剤の違いに気づいた。嘔気、倦怠感、発疹あり	漢方薬の外観、色、番号、名称が酷似しており、８４包中の２１包（２１包/袋）が紛れ込んでいた	新しい箱から出したとしても、袋ごとの中身を個別に確認	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒	
199	一般名処方でロキソプロフェンテープ温感タイプの処方があったが、冷感タイプ　ロキソプロフェンテープ　ユートクで入力、調製してしまっていた。監査時に温感タイプの処方であることに気づいて、正しくお渡しすることができた。	入力者、調製者の処方せんの確認不足。	温感、冷感タイプ両方ある場合は必ず毎回どちら処方なのか確認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「ユートク」	
200	漢方薬の欠品が続き牛車腎気丸が不足の際にたびたび疑義紹介にて八味地黄丸への変更をしていた。最近になり牛車腎気丸も入荷するようになったため、思い込みで牛車腎気丸をピックしてしまっていた。	漢方薬以外にも出荷調整などでたびたび変更を余儀なくされるケースが続き混乱が続いているが、日々の状況をしっかり把握することが大切だと思われる。	「出荷調整中」「通常入荷中」など、その都度全員が把握できるようシール等を用いて周知するようにした。	八味地黄丸	牛車腎気丸	

類型IIIの事例（事例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
201	SG配合顆粒とPL配合顆粒の取り間違い	この事例が発生する前の調剤でPL配合顆粒とSG配合顆粒を別々で調剤した。今回初めてPL配合顆粒とSG配合顆粒を調剤したので、それぞれの位置を覚えるのに注力していたため取り違いが起きた。また、早く調剤しなければという焦りもあったと思う。	位置の再確認処方箋と薬品棚、現物を指さし確認しながらピッキングする	ＳＧ配合顆粒	ＰＬ配合顆粒	
202	エペリゾン（ミオナール）が処方されていたが、レバミピドを調剤し、投薬した。患者は、薬袋の薬と違う薬が入っていたことに気付き、服用せず、薬局に薬を持参した。	いつも、エトドラクと一緒にレバミピドの処方が出ることが多い。いつもと同じと判断し、処方箋は、エペリゾン錠のところをレバミピドを投薬した。	投薬前に薬袋に表示されている薬と確認する。	ミオナール錠５０ｍｇ	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	
203	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが、薬剤師の注意不足で芍薬甘草湯と思い込み調剤し交付。患者からの指摘で他の職員が確認し、ミスに気付いた。	分包業務をしており忙しかった為、間違った調剤をしたと思われる。（処方は当該薬含め２剤だった為、調剤者の慢心、思い込みが原因と思われる。）	当局では交付時に薬剤情報の写真の上に交付薬をおいて薬剤と数量を患者の前で確認するルールを決めている。ルールを守っていれば当ミスは防げたと思われる。再度、全員でルールの確認を実施した。	ツムラ当帰芍薬散	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
204	麻子仁丸料エキスGを調剤するところ、大黄甘草湯エキスT錠をお渡し。2包（2回）服用してしまった。いつもとは違う剤型に戸惑うも、便秘解消のため服用、いつもの様に便秘が解消されず、不審に思い、患者本により問い合わせ発覚。	メーカーごとに漢方薬を陳列していた。剤型は違いますが、両者とも便秘の薬であり、包装も似ているため、ピックアップミスに気付かづ、１人薬剤師にて調剤したため、監査もおろそかになり、事故が発生したと思われる。	医薬品の陳列位置変更（棚を変える）。調剤手順の遵守及び監査の徹底	オースギ麻子仁丸料エキスＧ	オースギ大黄甘草湯エキスＴ錠	
205	漢方薬での取り間違い同じ色、番号も23と123、当帰から始まっているため、取り間違えを起こしてしまった。	同じような医薬品名で始まっているからこそ、慎重に行うべきであった。繫忙期にて、バ-コ-ドで確認するチェックもおこったっていたため事が起こってしまった。	必ず、バーコードチェックを通し、落ち着いて投薬するようにする。	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	
206	軟膏混合調剤の処方で「リンデロンV軟膏」と「ヒルロイドソフト軟膏」の調剤があったが医療事務の入力では「リンデロンVG軟膏」とされていた。監査の段階で薬剤が気づき、訂正し未然に防ぐことが出来た。	医療事務の経験が浅いことから、規格の知識が無かったことや店の混雑による焦りがあったと考えられる。	薬剤師による日頃からの規格の勉強会開催や処方箋に「V」のところに丸をつけて注意勧告を行っていく。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	
207	メトアナ配合錠の処方であったが、エクメット配合錠を調剤し、監査時に確認不足の為投薬となった	監査時にはまず調剤があっているかをしっかり確認すること	繫忙期でも焦らず落ち着いて確認する。	メトアナ配合錠ＬＤ	エクメット配合錠ＬＤ	

類型IIIの事例（事例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	4/22　トコフェロール酢酸エステル錠50mgの処方箋に対し、トコフェロールニコチン酸エステル錠200mgがピッキングされたが、監査の際に医薬品名の確認が疎かになり、そのまま調剤を終え患者に投薬してしまった。その後患者本人より「いつも飲んでいる赤い薬と違う。この薬はなんだ」と電話があり、問題が発覚した。その後患者が薬を持って来局し、謝罪のち正しい処方薬と交換した。	長らく同じ処方で、比較的軽微な薬であることが監査時の油断につながった。名称と用量、剤形のどれかを確認出来ていれば防げたミスなので、想像以上に処方箋の確認が疎かになっていた。交付の際に薬袋を開いて患者と共に確認すればその場で取り換えることもできた。	交付の際、定期処方であっても患者と共に内容の確認を行うことを徹底する。薬剤の種類に関わらず名称、用量、剤形を確認する。普段から薬剤の色、形状などを確認し違和感を持つように訓練する。	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２００ｍｇ「サワイ」	
209	クラリスロマイシン錠「大正」を投薬したが、入力をクラリスロマイシン錠「トーワ」のまま患者様に投薬してしまった。	処方箋入力上クラリスロマイシン錠「トーワ」で入力されており、屋号の確認を行った。	屋号のあるものに関し、薬袋に対して指差し確認を行う。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「大正」	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「トーワ」	
210	一般名処方でバルプロ酸Na徐放顆粒４０％が出ていた。デパケン細粒で発注し入力しようとしたが、別の薬剤師が徐放なのでセレニカR顆粒だと気付いた。	デパケン細粒もセレニカR顆粒もどちらも在庫がなく、門前があまり使用しないのでどちらか焦ってしまった。	似たような名称や効果持続時間の違いについては、間違えやすいものを一覧表にして目のつくところに貼っておく。在庫があるものについては棚に注意喚起の付箋を貼っておく。	セレニカＲ顆粒４０％	デパケン細粒４０％	
211	チラーヂン錠25ｍｇで処方された薬をチラーヂン錠12.5ｍｇで入力してしまい、監査者が気づき訂正した。	前回から変わらない処方内容だったが、入力者が経験が浅く、繁忙だったこともあり、前回との薬内容の照らし合わせをせず、入力してしまい入力ミスにつながった。	入力時必ず前回処方の内容を参照して入力し、変更の相違についても確認するように対応する。薬剤師は監査の際の入力チェックを監査時に行うとともにお薬お渡し時に薬内容合っているかチェックし、対応する。	チラーヂンＳ錠２５μｇ	チラーヂンＳ錠１２．５μｇ	
212	LDが処方されたいたが、在庫がULDだったため、思い込みで手にとったが、交付前に気付いた	名前の酷似もあり、入力から間違えた　婦人科薬品に不慣れな事もあった	今後も同じ引き出しに保管されるので、付箋などを貼り、注意惹起する事にした。	フリウェル配合錠ＬＤ「あすか」	フリウェル配合錠ＵＬＤ「あすか」	
213	患者さんへ渡った薬は処方されたものと同じであったが、レセプトの入力上本来はタケキャブ10ｍｇでなくてはならないものがタケキャブ20ｍｇとなっていた。交付者が交付前の監査で入力ミスに気付くことが出来なかった。	繁忙している時間で処方箋と調剤された薬は確認できたが、入力の確認がおろそかになっていた。	交付前に入力内容が処方箋と相違がないかを確認するように周知。	タケキャブ錠１０ｍｇ	タケキャブ錠２０ｍｇ	
214	処方薬は一包化指示が出ており、調剤者が分包機に薬品をセットする前に薬品棚から取り出す際、処方されているブロチゾラムOD錠ではなくエチゾラム錠と取り違えて他薬とともに一包化した。その後、他の薬剤師による監査作業時に分包内の薬品が処方薬と違う薬品が入っていることに気づいたため、エチゾラム錠を分包から取り出してブロチゾラム錠に変えて再分包した。	名称が類似しており、作業に対する慣れから、薬品棚から取り出した薬品の確認を怠ったため、間違った薬品が分包機にセットされ、他薬とともに一包化されてしまった。	一包化する前に一旦、監査者に棚から取り出した薬品を監査してもらい、間違いがないことを確認してから分包機に薬品をセットする。分包後ももう一度監査者に監査してもらうようにする。	ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「サワイ」	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ツルハラ」	

類型IIIの事例（事例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
215	アルメタ軟膏5ｇを、フルメタ軟膏5ｇでピッキングしてしまった。	処方箋をしっかり確認せずにピッキングしてしまった。	薬を手に取った後、もう一度処方箋を確認してからピッキングを完了する。	アルメタ軟膏	フルメタ軟膏	
216	一般名処方にてラベプラゾール処方であったが過ってランソプラゾールでお渡し。	繁忙であったこと、それぞれ棚が近いため間違えて調剤してしまったと考えられる	繁忙でも監査をしっかり行い、間違えやすい医薬品は棚をできるだけ離す	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」	
217	今回ラベプラゾール１０ｍｇからランソプラゾール１５ｍｇに処方変更されていた。処方箋にのっとってランソプラゾール１５ｍｇを投薬したものの，入力がラベプラゾール１０ｍｇとなっていたのに気づかずに投薬してしまった。患者様からの連絡で処方医から薬を変えるといわれていたのに薬袋が前回と一緒であるとの指摘を受け発覚した。	ピッキング，監査，投薬だけでなく入力においても，合っているという先入観で行動していたために起こった事案である。	処方箋の内容と調剤録の内容をピッキング，監査，投薬にどの場面においても確認を徹底する。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「ケミファ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ＹＤ」	
218	調剤時、薬名しか確認しておらず規格の確認を怠った。	混みあっている状況であったため焦りが生じた。	処方入力・調剤・監査・投薬時、すべての段階において処方箋の薬名は最後まで確認する。	タケキャブ錠２０ｍｇ	タケキャブ錠１０ｍｇ	
219	メトホルミン５００ｍｇ→２５０ｍｇ減量のところ間違えて５００ｍｇでお渡し	焦りのため確認のもれ	混雑時も入力、薬剤はしっかり確認を行う	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	
220	リスペリドン内用液「ヨシトミ」は処方入力が包ではなくＭＬでしなくてはいけない。元々頓服処方の内容をそのままＤＯで入力してしまい用量計算が違ったまま保険請求してしまった。薬袋には手書きで〇包まで服用と記載していたため患者様への危害はなかったが。	リスペリドン内用液は特にメーカーによって入力様式が包記載だったりＭＬ記載だったりと別れるため混乱する。レセコンメーカーによって頓服入力と定期処方入力の記載様式が異なるため間違い易い。	リスペリドン内用液の場合は、処方せんに手書きでピッキングした際の全量表記と０．５ＭＬ包か１ＭＬ包を何包拾ったのか記載するルールを新たに追加した。	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「ヨシトミ」	
221	オノンドライシロップとボトルの外観が似ているザジテンドライシロップを間違えて調剤してしまった(両方白と緑のボトル)オノンドライシロップとザジテンドライシロップは形状と色とにおいが違うが、気付かずにそのまま監査に回してしまった監査時に間違いに気付き、その場で正しい薬を調剤し直したため、患者に間違った薬が渡らずに済んだ	慣れにより、いつもの感覚で白と緑のボトルを手に取ってしまった	ボトルの色だけではなく、薬品名も確認してから調剤するオノンドライシロップとザジテンドライシロップの形状や色の違いを再認識して、調剤時に間違わないようにする	オノンドライシロップ10%	ザジテンドライシロップ０．１％	
222	長期にわたり７５mg処方であったのが今回50ｍｇに変更になった。	連休まえの煩雑さからDo処方の変更を見逃してしまった。ダブルチェックのできていなかった。	Do処方であっても、必ず正確に慎重に処方箋をよみとる。	プラビックス錠２５ｍｇ	プラビックス錠７５ｍｇ	
223	長期わたり同じ処方内容であったのだが、今回、変更になっていたのに気づかなかった。	連休まえの煩雑さのため確認が不十分であった。	どのような状況であっても、処方内容の確認は怠わらないようにする。	アリピプラゾール錠１ｍｇ「サワイ」	アリピプラゾール錠３ｍｇ「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
224	今までオキシコドン徐放カプセル5ｍｇ「テルモ」で定期処方されていたが、今回からオキシコンチンTR錠5ｍｇで処方。オキシコドン徐放カプセル5ｍｇ「テルモ」でお渡ししようとしてしまった。ジェネリック医薬品希望であること、先発品の在庫がなくすぐお渡しが出来かねるため。しかし、今までお渡ししたオキシコドン徐放カプセル5ｍｇ「テルモ」へ入力をPC上で変更しようとしたが出来なかったため発覚した。患者様へ確認したところ、オキシコドン徐放カプセル5ｍｇ「テルモ」が販売中止のため今回オキシコンチンTR錠5ｍｇで処方されたが、患者様としては在庫があるなら今まで通りで良いとのことで、疑義照会し、今回はオキシコドン徐放カプセル5ｍｇ「テルモ」でお渡しとなった。	知識不足。	変更できる薬などの社内で作られた間違えやすい医薬品一覧表の周知徹底を行った。	オキシコンチンＴＲ錠５ｍｇ	オキシコドン徐放カプセル５ｍｇ「テルモ」	
225	定期薬30日分の処方、薬を見せながら投薬。翌日、患者様よりアプリ：チャット機能を利用し連絡あり。「いつものお薬でないようなので確認お願いします」と連絡を受ける。直ちに在庫確認し、リクシアナOD60をレザルタス配合錠HDでお渡ししていることを確認。職場に伺いお薬の交換を行った。服用はされておらず、また、レザルタス配合錠HDのヒートに「高血圧の薬です」と記載されている事から定期薬ではないとすぐに気が付き連絡したとの事であった。	思い込みによる調剤、鑑査をしたことが最大の原因と考える。名称及び外観は異なるが錠剤及びヒートの大きさが似ており（対応薬剤師の感覚では）、誤った調剤・鑑査をしてしまった。また、同時に複数の在宅患者の調剤及び鑑査も並行して行っていたため注意散漫となってしまった。今回はチャット上で実薬の写真を確認することができ早期の対応が可能となった。	上記２剤の薬棚に配置が隣り合わせであったため、まず配置変更を行った。日々行っているハイリスク薬の在庫確認リストにリクシアナ錠を追加し防止に努めた。同時に複数患者の調剤及び鑑査を行わないよう徹底した。	リクシアナ錠６０ｍｇ	レザルタス配合錠ＨＤ	
226	バルサルタン1回40ｍｇ2錠のところ誤って1回80ｍｇ2錠で調剤してしまった。自己監査にて投薬したためそのまま患者様に渡してしまった。患者様の手に渡った後、1回分（バルサルタン160ｍｇ）を服用後普段と違う薬剤であることに気づき調剤薬局に連絡し、調剤過誤が発覚した。	お昼時で気持ちが一息ついてほっとしていたときだったので、漫然と調剤してしまった。	40mg規格を棚に、80mg規格を引出しに分けて配置することにした。	バルサルタン錠４０ｍｇ「トーワ」	バルサルタン錠８０ｍｇ「トーワ」	
227	普段、桂枝加芍大黄湯が頻繁に処方されるため、確認不足	名称類似薬品の確認	しっかり確認する	ツムラ桂枝加芍薬湯	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯	
228	漢方の名称が類似していたことによる取り違え	しっかり確認する	桂枝加芍薬大黄湯が、よく出る薬だったため確認不足。しっかり確認	ツムラ桂枝加芍薬湯	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯	

類型IIIの事例（事例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
229	調剤時に小建中湯のところ小青竜湯が出されていたが、投薬直前まで気づかず、説明するときに気付いたため、その場で交換した。	繁忙時に色の同じ漢方であり、どちらも小という字が含まれているため、調剤者が間違って集めた。	似ている漢方があることを知識として持ってもらい、漢方調剤時はきちんと読み上げをして調剤を行う。	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）	
230	処方入力時にジェネリックメーカーの変更になっていることに気付かず、前回Doで処方入力してしまったため、監査の際に処方入力が「あすか」で、調剤された薬が「オーハラ」であったことが発覚した。	これまでは、AG品のカンデサルタン８ｍｇ「あすか」を採用していたが、採用品の変更指示でジェネリックメーカーを「オーハラ」へ変更することとなっており、在庫も「あすか」がなくなり、「オーハラ」への変更のタイミングであったが、気づかず処方入力されていた。処方入力され薬と、調剤された薬が異なることを投薬前に通す監査機械で感知し、処方入力間違えであることに投薬者が気付いた。	薬局内で採用メーカの変更の指示は細かく事務員を含め全スタッフに伝達していたが、処方入力時に新規採用品に変更入力し忘れたことが原因で起きたと考えられる。 今後も医薬品供給の問題などで入手困難等も続くため、採用品のメーカー等の変更が日常的に何度も起きるため、スタッフへの周知（採用品の変更リスト等の作成）に加え、処方データ（NSIPSの活用）と実薬を比較できる監査システムの導入、活用を徹底することが必要であると考えられる。	カンデサルタン錠８ｍｇ「オーハラ」	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」	
231	スーグラ錠の調剤であったが、焦りからスージャヌ錠をピッキングしてしまった。ピッキング後の機械鑑査にて別薬品の調剤を行ったことで発覚。	同成分に別成分が配合された配合錠で、名称も２文字目まで同じ薬品。調剤棚も同じ場所で隣り合わせの為、慣れからくる勘違いにてピッキングしてしまった。	ほぼ同じ名称の為調剤棚を並べないよう、別薬品を間に挟むことで、あえてピッキングしにくくするよう対策する。	スーグラ錠５０ｍｇ	スージャヌ配合錠	
232	プラバスタチン５ｍｇのところアトルバスタチン５ｍｇで調剤。患者さんに見せながらお渡しのところいつもと色が違うと指摘され発覚。	忙しい時間帯のため、見間違い。	アトルバスタチンとプラバスタチンの間違いは年に1，2回あり。交付前に気づくので間違えたまま渡した事例はないが今後は棚に似た名前アリとシールを貼って対応。	プラバスタチンナトリウム錠５ｍｇ「ＹＤ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	
233	平素より業務している薬局ではない薬局へヘルプで行くも薬剤棚の配置と業務方法の理解が不十分であり規格な違いを行う。	薬局採用薬で企画違いがあるものの表記が不十分であった。	バーコード監査を行っており投与を未然に防げた	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「ＺＥ」	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「ＺＥ」	
234	一般名でセフジトレンピボキシル100ｍｇが処方されていたがセフカペンピボキシル75ｍｇを調剤しようとした。	あいうえお順に棚が並んでいるため、両方の棚が隣り合わせであった。薬剤師は両方ともセフジトレンピボキシルで75ｍｇと100ｍｇがあると勘違いしたようだ。品薄商品で数量がギリギリであったため別の薬剤師に相談したところ先発のメイアクトに75ｍｇがないことに別の薬剤師が気付き、指摘したため投薬前に間違いを回避できた。	棚に目立つ色の付箋で先発名をそれぞれに表示した。	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７５ｍｇ「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
235	定時薬のベンズブロマロン50ｍｇ→今回より25ｍｇへ減量であったが、打ち込みミス・ピッキングミス・交付時チェック全スタッフのチェックが漏れそのまま交付。　翌日患者様本人より申し出あり交付ミス発覚。ご自宅へ差し替えに伺い交換完了。1回分は飲んでしまったが今まで継続薬と同じだったため副作用等は問題なかった。	薬剤情報と薬袋の表記を優先してチェックしてしまった。処方箋原本をしっかり見なかった。最終チェックしている窓口で　別の患者さんからの話かけもありおろそかになった。	処方箋原本を最優先でチェックする複数者によるチェック体制強化。	ベンズブロマロン錠２５ｍｇ「トーワ」	ベンズブロマロン錠５０ｍｇ「トーワ」	
236	処方箋入力　（般）アモキシシリンカプセル　で処方がきてたがサワシリン錠で調剤	調剤の基本である剤形変更の知識不足	剤形変更の資料を渡し学習させた	サワシリン錠２５０	サワシリンカプセル２５０	
237	セフカペンピボキシル塩酸塩錠のところセフジニル錠の入力がしてあり、監査時に記載の誤りに気付けずそのままお薬をお渡ししてしまった。	忙しい状況も重なって、薬品名が類似していたこともあり入力誤りに気付けず薬をお渡ししてしまった。	セフェム系などの類似医薬品名の場合は、調剤監査はもちろん入力監査においても、指差し声出しを徹底する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「ＳＷ」	セフジニル錠１００ｍｇ「サワイ」	
238	繁忙期で数名の患者が待機している状況。薬剤師がカデチア配合錠のところカムシア配合錠で調剤。同一薬剤師がそのまま監査まで行い、本人へ服薬指導を行った。翌日、患者本人からの連絡により調剤ミスが判明。薬剤は服用されておらず、そのまま回収し、カムシア配合錠をお渡し。	冬場の新型コロナ・インフルエンザの感染患者の増加、花粉症による患者の増加による対応が忙しく、薬剤師やその他スタッフに焦りが生じた。普段は調剤者と監査者は別々の方が担当するが、処方薬の種類が少ないこともあり、調剤者と同一薬剤師がそのまま監査まで行い、服薬指導を行ったことが要因と考えられる。	名称が類似しているため、同じ場所への保管を避ける。注意するようにシールで目印をつける。社内で報告し、同じミスをしないように注意喚起の徹底を実施。	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	
239	セフカペンピボキシル錠を調剤しなければならないところ、セフジトレンピボキシル錠で調剤。薬剤監査時に発見し、調剤過誤には至らなかった。	医薬品名類似、棚位置が近い	棚位置を離す、すべての薬品名を確認した上で調剤する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「ＣＨ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＣＨ」	
240	リン酸コデインが処方されていたがリン酸ジヒドロコデインが入力されていた。	名称が非常に似ている品目があるため。	名称が似ている品目があることの周知徹底を行う。	リン酸コデイン散１％「タケダ」	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」	
241	一般名「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」が処方されていたが、入力を「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」でしてしまい、在庫している「デルモベート軟膏」を調剤してしまった。投薬後に調剤録の見直しで過誤に気づき患者に連絡をした。まだ使用をしておらず説明の上、交換をした。	外用薬の一般名処方は長く、また類似しているものがあり読み間違いで別の薬を調剤してしまうことになる。	事務の入力者は入力後再確認をする。調剤者は入力情報を見る前に、処方箋を見て処方されている一般名の薬は何を調剤することになるのか確認する。	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
242	処方は一般名でクロベタゾン酪酸エステル 0.5mg（キンダベート軟膏）でしたが、入力をクロベタゾールプロピオン酸エステル 0.5mg（デルモベート軟膏）としてしまったので、調剤がデルモベート軟膏でされていました。軟膏混合であったので別の薬剤師が確認して、使用部位が口唇であったので強いステロイドではおかしいと思い、再度確認して間違いに気がついた。	一般名の処方箋だったので頭文字3文字が同じであり、入力したときに選択を間違ってしまった。	一般名の入力には注意し、調剤時にも医薬品と一般名をしっかり確認する。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
243	処方は酸化マグネシウム250ｍｇ処方であったが、調剤も、入力も酸化マグネシウム３３０ｍｇであった	薬局内が混雑しており、調剤を事務員の力も借りないと回らない状態であった入力も、頻繁に処方されるのが330ｍｇであるため、勘違いによるものだと考えました	酸化マグネシウムの330ｍｇと250ｍｇの収納棚の位置を見直し、250ｍｇがより目につくところに異動させる予定である	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」	
244	2023年9月26日、2023年10月12日と、ヘパリン類似物質クリームで処方されているのにも関わらず、ヘパリン類似物質油性クリームで入力されており、監査時に気が付かずそのまま交付し、使用されていたことが2024年4月4日同処方により、他の薬剤師によって発覚した。患者さんには直接お詫びをし、病院には報告書を提出を行った。	一般名処方の類似名により、入力され監査時に気が付かったことが原因である。	監査時の類似名処方に関しては目立つように印をつけて監査を行う。	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」	
245	イドメシンコーワゾルをとらないといけないところ、イドメシンコーワゲルでピッキングを行ってしまった。	知識不足処方箋記載の確認不足	・店舗にある薬の把握状況を皆に共有する。・ピッキングの手順を逸脱しない	イドメシンコーワゾル１％	イドメシンコーワゲル１％	
246	歯科の処方で、デキサルチン軟膏が処方せんで出ていたが、実際には、デキサルチン口腔軟膏であり、薬は口腔軟膏でお渡ししたが、入力はデキサルチン軟膏のままでお渡ししてしまった	歯科の軟膏は口腔用軟膏までしっかりされていないケースが多いのでしっかり、処方せんを確認する必要があります	歯科での軟膏処方時に、口腔用軟膏かしっかり確認する	デキサルチン口腔用軟膏１ｍｇ／ｇ	デキサルチン軟膏（口腔用）	
247	ジェネリック希望の患者にアンテベート軟膏の処方があり、処方入力時に後発変更せずアンテベート軟膏のまま入力してしまった。	処方箋風力の確認不足でジェネリック変更せずに入力してしまった。	処方流力・鑑査時の内容確認の徹底。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	アンテベート軟膏０．０５％	
248	アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」を調剤するところ誤って類似剤形包装のＬ－アスパラギン酸Ｃａ２００ｍｇで調剤した。	指差し呼称の徹底がなく、棚の配置と包装が緑色で統制されていることから誤って調剤した可能性。繁忙背景あり。手順未順守が主な要因と考えられる。	指差し呼称手順の徹底	アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」	
249	イリボー2.5μgと5μgを取り違えて調剤し交付時に患者からの訴えで発見した。その場で交換し交付した。	単純にうっかりしていたと考えられる。２名以上で監査しているがより監査もしっかりと行うことが必要と考えられる。	規格違いの同一薬剤は同じ場所に保管しない。	イリボー錠２．５μｇ	イリボー錠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
250	一般名で処方されて来ており｛耐性乳酸菌｝と書かれていたためビオフェルミンRと勘違いしてしまった。ピッキング中に%の違いで気が付き ラックビーRを調剤した。	一般名処方ではビオフェルミンRもラックビーRも「耐性乳酸菌」と同じであるため注意が必要。	薬局内の通達事項で、全員に通達、注意喚起した。	ラックビーＲ散	ビオフェルミンＲ散	
251	一般名）クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏がクロベタゾン酪酸エステル軟膏で入力されていた。鑑査の際に気づき、訂正をした。	当薬局ではあまり出る薬ではなく、店舗が繫忙期であわただしく入力の方の確認もれと一般名入力の際に3文字ではなくて8文字以上入力ができていなかった。	もともとルールで一般名の入力の際は3文字入力ではなく8文字以上入力となっていたが、再度周知をする。特に軟膏は同じ名前のものが多いため、どのような例があるかを周知して理解力を上げた。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	
252	Ａ内科クリニックでツムラ大黄甘草湯が処方されたが、Ｂ薬剤師はツムラ大建中湯をピッキングしていた。幸い鑑査したＣ薬剤師が、間違っていることに気づいた。	少し多忙な状況であった。ピッキングしたＢ薬剤師は、「大」という文字だけで判断してしまったとのこと。	常時２人の薬剤師がいるので、ピッキングした薬については必ず別の薬剤師に鑑査をしてもらう体制を継続する。今回この体制で、間違いが発見されたため。また多忙の有無にかかわらず、冷静にピッキングを行う。	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）	
253	ジェニナック２錠１×５日間の処方に対し、グレースビット（５０）を調剤、ピッキング。自宅に帰り、お薬説明書と薬剤が異なる事で疑問に思い問合せあり間違いに気づく。	一人調剤、監査が行われており思い込みからの行為。他薬剤師の確認もされずに投薬となり慣れからの間違いが起こってしまった	一人調剤、監査は可能な限りさけ、また思い込み調剤も避けるように再度徹底していく。	ジェニナック錠２００ｍｇ	グレースビット錠５０ｍｇ	
254	トランサミン錠250ｍｇ3カプセル5日分の処方を受け付けた際に患者が後発医薬品を希望したため、トラネキサム酸錠250ｍｇに変更になった。薬剤の調製は正しく行った。入力者が3錠と入力するところを6錠で入力した。薬袋に1回2錠と記載されていた。翌日、薬剤が足りないと来局したため、薬袋の記載間違いに気がついた。処方を入力する際に以前患者に処方されたトラネキサム酸錠250ｍｇ6錠のデータをコピーして入力したため間違いが生じた。交付時に薬袋の印刷物の確認も怠っていた。	患者は、薬局閉店時間の間際に来局した。患者が急いでいる様子が気になり、調剤者、交付者ともに処方内容の確認が不十分であった。	忙しい時は鑑査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者、鑑査者、交付者は別の人物とする事で三重のチェックを行い、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐ事に気をつける。	トラネキサム酸錠250ｍｇ	トランサミン錠250ｍｇ	
255	ツムラ112猪苓湯合四物湯の箱にツムラ122排膿散及湯が6包混ざっていたのを発見した。患者に連絡し、6包取り換えに伺った。まだ、服用はしていなかった。	ツムラ112と122は外見が酷似していて、入荷したときや、整理時にコンタミネーションしたと考えられる。	調剤するまで、箱を開けない。調剤時、ダブルチェックをする。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	
256	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%が処方されたが、誤ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%を調剤。監査時に間違えに気付き、変更して交付した。	店舗が混む時間帯で、類似した薬剤をよく確認しないまま、調剤した。	多くの外用剤を扱っているが、一般名処方になり、類似した名称の薬剤が存在しているので、薬品棚に注意喚起のシールを貼った。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	

類型IIIの事例（事例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
257	ツムラ麻子仁丸と調剤すべき所、一部、ツムラ清暑益気湯が混ざってしまった。	箱、包装が似ているうえ、置き場所も隣だったため、取り違えた。	置き場所の変更を検討中。	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）	
258	数年にわたり、定期的にヒアルロン酸点眼液0.1%を調剤していた患者である。今回処方せんがヒアルロン酸点眼液０．３%に変わっていたが、変更点に気づかずにヒアルロン酸点眼液０．１%のまま調剤し患者に渡してしまう。後日、間違えを別の薬剤師が発見。投薬した薬剤師も患者は特に何も言ってなかったとのことで、処方医に点眼薬は今まで0.1%だったが今回は0.3%に変更か念のため確認。処方医のレセコン入力の誤りであったことが判明。今まで通り0，1%で渡して欲しいとの事。患者には連絡を入れず、今回の件は解決とした。	暫くの間、ヒアルロン酸点眼液0.1%で処方されていたので、漫然とレセコン入力時にDO処方として入力していた。患者来局辭スタッフの休憩時間と重なっており1人薬剤師の時間であったため第三者による2重チェックが行われなかった。	処方せん内容をレセコン入力時再確認の徹底。第三者による二重チェックの強化。	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３%「センジュ」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１%「センジュ」	
259	小建中湯調剤するところ小青竜湯を調剤	以前に小青竜湯を調剤ミスし、箱に戻す際、間違えて小建中湯に戻してしまったようで、調剤の際、番号の確認を怠り、調剤した。１９番と９９番包装がどちらもピンクで同じ色であり、戻す際間違えたよう。	調剤ミスで箱に戻す際は、２人で確認する漢方を調剤する際は、箱の番号だけでなく、中身の色・番号をきちんと確認する	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）	
260	処方時、ビオフェルミン散の処方に対し、ビオフェルミン配合散で入力されている事に気が付き、訂正し調剤交付した。以前より服用している定時処方であったため、過去の処方箋を確認したところ、ビオフェルミン配合散で交付している事が判明した。既に服用終了している為、処方医に報告、健康被害はみられなかった。	当薬局で未採用であり、入力ミスが起こりやすい状況であった。調剤、監査薬剤師の認識不足も重なり、調剤過誤が発生した。	監査時の処方入力チェック、調剤、調剤監査の手順を異なる薬剤時が実施する。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
261	ロスバスタチンをお渡ししないといけないのに　同じ色のラベプラゾールを渡してしまった。	注意する。	気をつけます。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	
262	プリビナ液として処方が出たが、誤ってプリビナ点眼液を調製。監査にて誤りに気付く。	プリビナには点鼻用と点眼用があることは把握していたが、取り違えにより誤って調製を行った。	全スタッフへの周知と、保管場所の隔離。	プリビナ液０．０５％	プリビナ点眼液０．５ｍｇ／ｍＬ	
263	平素よりカデチア配合錠HD「あすか」が処方されている患者様に、誤ってカムシア配合錠HD「あすか」で交付。ご帰宅前に誤りに気が付き、その場で交換し謝罪しました。	類似名称による誤認。	類似名称のある薬品は処方入力時、投薬前等に複数スタッフで再度確認を行います。	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠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
264	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」　10ｇの処方せんFAXが流れてきた。部位が不明であったので確認したところ口内炎に対して処方と聴取した。疑義照会にてデキサメタゾン口腔用軟膏に変更となった。	医師からはデキサルチンを処方したつもりだったようだが、デキサルチンは名称変更となり現在は経過措置が切れている。その為レセコン入力する際に該当する薬剤が見つからず、似たような薬剤を入力したものと考えられる。	部位の確認は必ず行う。名称変更のあった薬剤の周知を行う。	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」	デキサメタゾン軟膏０．１％「イワキ」	
265	ツムラ桂枝加芍薬湯が処方されていた。患者様に話を聞いたところ、腹痛特になし。神経痛あり。桂枝加朮附湯の入力間違いの可能性あるためDrに確認。ツムラ桂枝加朮附湯を処方したかったとのことで連絡あり。	オーダリングシステムでの薬の選択間違い。	新しい薬が処方されているときは問診を必ず行い、処方が適正か判断する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	
266	アムロジピンの普通錠とOD錠のレセコン上での入力間違い。薬袋・薬情監査時に発見した。	該当患者様は薬剤添加物によるアレルギーの副作用歴があり、現ヴィアトリス社の口腔内崩壊錠で副作用が出なかったことからその規格を希望されていた。しかしながら処方名が普通錠の一般名記載であったことから、入力時に別剤形への変更手順を踏む必要性があったのをとりこぼし、採用品第一選択薬である普通錠を入力し、薬袋等必要書類を発行してしまった。書類監査時に担当薬剤師が気付き、患者へ交付される前に発覚・修正した。また、来局時刻が標榜の5分ほど前であったが薬剤師が対応可能であったため、慌てて受付・入力した際見落としてしまったことが原因であると推察される。	レセコン上で注意喚起できるスペースがあるため、入力に関しての注意事項を目立つように記載し、全員が情報を共有できるようにした。また、同薬剤を一般名で入力した際、前回の処方がわかりやすく確認できる画面配置にしたりポップアップを確認できるようにしたりなどレセコン設定を見直した。 標榜時間外に受付する際にも、慌てず注意して行うよう全員で確認した。	【般】アムロジピン錠5mg	アムロジピン錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	
267	当該日以前の処方で、一般名：バルプロ酸Ｎａ錠200ｍｇで記載されていたが、事務職員が処方入力をする際にバルプロ酸ナトリウムＳＲ錠200ｍｇ「アメル」で直入力していた。鑑査者も、処方箋の確認不十分により普通錠のところ徐放錠のまま鑑査してしまい、そのまま交付してしまったことに、当該日に処方応需した際に別の薬剤師が気付いた。処方元にも連絡し、健康被害はないためこの度から処方どおり調剤してもらえれば問題ないと返答いただいた。	事務職員の知識不足（一般名処方時の剤型）と、当薬局では徐放錠の調剤しか応需したことがなくレセコンに普通錠の登録がなかったため誤って入力してしまった。薬剤師も同様の思い込みで、処方箋の確認不十分もあり誤った剤型で調剤・鑑査してしまった。	事務職員に対して今一度、基本的な処方箋記載内容の確認事項について指導する。薬剤師も今一度、処方箋の記載内容を隅々まで確認するよう徹底する。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」	
268	PL配合顆粒で処方されているところをピーエイ配合錠で処方入力を行ってしまった。鑑査機で確認した際にミスに気づいた。	処方入力について、処方量が「包」か「錠」かの確認を怠った。	PL配合顆粒とピーエイ配合錠についてはミスしやすい薬であることを念頭に置いておく。	ＰＬ配合顆粒	ピーエイ配合錠	

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

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
269	一般名処方　ビフィズス菌1.2%のろころ、レセコンへ入力（手入力）の際、ビフィズス菌１％製剤を選択しラックビーで入力され、薬袋等が出力された。調剤する薬剤師は、処方箋ではなく、出力された薬情等を見て調剤したため、取り間違いを監査するシステム（監査レンジ）もエラーが出ることなくスルーされた。	・レセコンへの入力の際、ＱＲコード入力が増えてきており、手入力する際の規格確認などの注意がおろそかになった・調剤者は処方箋で調剤すべきところ、出力された帳票で調剤を行っていたため、レセコンでの入力間違いの通りに調剤を行ってしまった。	・処方入力時、ｍｇや濃度、アルファベット等、薬品名の最後までの確認の徹底・調剤時は必ず処方箋で調剤行う・監査システムは処方入力内容と調剤内容の最終チェックとして使用する・薬品名表記を変更した　ラックビー微粒（１％）→【１%】ラックビー微粒　ビオフェルミン散剤　→　【１．２%】ビオフェルミン散剤・レセコンの一般名表記の変更ビフィズス菌１％→【１%】ビフィズス菌　ビフィズス菌１．２%→【１．２%】ビフィズス菌	ビオフェルミン散剤	ラックビー微粒Ｎ	
270	ポララミンシロップで調剤するところ、セレスタミン配合シロップで調剤してしまい、鑑査時に調剤者と違う薬剤師が気が付き調剤し直してお渡しした。	ポララミンシロップとセレスタミン配合シロップの包装が類似しているため取り間違えてしまった。	包装が似ている薬は置く場所を離し、薬品名をしっかり確認してから調剤する。	ポララミンシロップ０．０４％	セレスタミン配合シロップ	
271	湿疹皮膚炎で皮膚科受診の5歳11ヶ月男児にクロバタゾンとヘパリン油性クリーム混合の処方をクロバタゾールで混合してお渡し。翌日、母親から投薬時強めの薬と言われたが、医師は弱めを処方すると言っていたので怖くて使用していないが間違いないか？との電話があり、処方箋を再度確認し取り違えに気が付きお取替えした。	類似した一般名処方薬であり、薬剤師は混雑している時間帯でもあり調剤時に後発希望なのか先発希望なのかに注意が向き成分名をしっかり確認できていなかった。また、処方入力した事務もクロベタゾールで誤入力してしまった点、加えて投薬時に「強めの軟膏」と説明したときに家族から何も言われなかったことも気が付くことができなかった要因と思われます。	一般名・商品名問わず、類似名称の医薬品には十分注意をすること。入力された薬袋・薬情・お薬手帳に記載された医薬品名と処方箋を第三者がしっかり確認することが必要と思われます	クロベタゾン酪酸エステルクリーム０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム	
272	オルメサルタン錠20ｍｇを、5/2～5/4にかけて4日間服用。5/3に嘔吐、その後倦怠感が続き5/7朝も嘔吐。もともとのオメプラゾールの服用もできていなかったため胃もたれ飲の悪化あり。5/7AM患者様よりTELあり。5/2時点でいつもと薬のデザインが違うと気づいたが、処方変更があっただろうと服用した。翌日胃液を吐いてしまった。胃薬は手持ちが終わっており飲まなかった。5/6インターネットで調べたら血圧の薬だったと判明。5/7PM、患者様宅を訪問。その時点では胃の中のものを全部吐き出してしまったためかお腹の調子は良くなった。倦怠感もなくなったとおっちゃっていた。オルメサルタン錠20?rを回収し、オメプラゾール錠20ｍｇを28Tお渡しした。	調剤ミス、確認もれ。二重チェックを怠ってしまった。	繁忙時でも二重チェックを必ずする。	オメプラゾール錠20ｍｇ「トーワ」	オルメサルタンOD錠20ｍｇ「DSEP」	
273	一般名処方でイコサペント粒状６００ｍｇの処方あり、在庫が先発品のエパデールS600と後発品のイコサペント粒状６００ｍｇの在庫あり、GEでお渡しするはずであったが、入力が先発品で入力していた。	後発品の供給難のため、先発品のエパデールＳ６００在庫していた。一般名処方で処方箋がきており、入力する際に、候補であがってきたエパデールＳ６００を選択した。	在庫の状況を事務員にもお伝えし、入力時どちらの薬品を使用するか事前にお伝えする。	イコサペント酸エチル粒状カプセル６００ｍｇ「サワイ」	エパデールＳ６００	

類型IIIの事例（事例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
274	ウルティブロ吸入用カプセルを投薬すべきところをオンブレス吸入用カプセル150μgで投薬。処方変更になっていたことに気づかず投薬していた。	一般名に記載されており薬剤が変更になっていたことを入力も調剤も調剤者も気づけなかった。	一般名処方で配合剤などがある場合はより注意するように周知し今後は監査システムなどの導入なども検討予定。スタッフが少なく監査機能が脆弱なため強化が必要な状態	ウルティブロ吸入用カプセル	オンブレス吸入用カプセル１５０μｇ	
275	処方入力前に処方せんを見た薬剤師が見間違えて、在庫がないと判断。聞いた事務が似ている名称の商品名を新規登録してしまった。発注も間違えたものを発注、翌日他の薬剤師が入力のチェックをしたところ間違えと気が付いた。	入力前だったので、手元にない処方箋を少し離れたところから見ていたため、非常に似ている商品名なので間違えたと思われる。また思い込みで在庫がない=新規登録で入力してしまった。	急いでピッキングするのではなく手元に処方箋が来てから確認してピッキングする	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）	
276	苓桂朮甘湯が処方されていたが、名称を読み間違えて苓姜朮甘湯を調剤してしまった監査役の薬剤師が見つけ、変更	漢方薬の名前が似ているものが多いため、間違えてしまった	名称はかなり近く似ている為、処方箋の薬名を最後までしっかりと読むことを徹底	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	
277	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯が処方されていたところ、よく調剤する柴胡加竜骨牡蛎湯で調剤してしまったこの患者さんはよく間違えることがおおかったため、監査担当の薬剤師がみつけ患者には渡らなかった	今年入社の薬剤師で、薬の知識が不足していた為、思い込み調剤をしてしまった	漢方薬のリスト表を渡し、同じような名前が多いことを説明しました	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）	
278	一般名処方で【般】テオフィリン徐放錠２００?r（２４時間持続）となっていた処方箋を、入力時にテオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」で入力してしまった。テオフィリン徐放錠２００?r「サワイ」の一般名は【般】テオフィリン徐放錠２００?r（１２～２４時間持続）なので、調剤時に薬剤師が気付き、正しくテオフィリン徐放Ｕ錠２００?r「トーワ」に変更することができた。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００?r「トーワ」を在庫していなかったため、レセコン入力時に事務員さんがどの薬を選択すればよいかわからず、別剤型からテオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」を選択してしまった。	一般名で来た際は間違えないように、レセコンにコメントを入れた。	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」	
279	腹痛があり近隣の医療機関に受診した患者に整腸剤、鎮痙剤と共にツムラ当帰芍薬散エキス顆粒が５日分ずつ処方されていた。腹痛には使われない漢方薬と思われたため、処方元に疑義照会したところ芍薬甘草湯エキス顆粒の誤りであったことが判明した。	どちらの漢方薬も名称に芍薬が使われており処方医の勘違いより起きた事例と思われる。	漢方薬には名称が類似したものがあるので注意が必要なこと、今回の事例を情報共有した。	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）	

類型IIIの事例（事例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
280	処方元の看護師より患者様が、クエン酸第一鉄ナトリウム「NIG」のところカルボシステイン錠250「NIG」であることを気づいたと電話がありました。薬局で在庫確認をしたところ10錠ほどカルボシステイン錠250?rが、少なかったためやはり21錠中10錠シートは、間違えて出している可能性があることが分かりました。	クエン酸第一鉄ナトリウム「NIG」のところカルボシステイン錠250「NIG」は、上下で置いており何か10錠1枚を戻すときに少しデザインも似通っていたので戻し間違えてしまいピッキング者もクエン酸第一鉄ナトリウム「NIG」21錠のうち10錠が、カルボシステイン錠250「NIG」であることに気づかず監査に渡し監査者も見逃してしまったと思われます。	シートのデザインや錠剤の色と大きさが、似ているので薬のカセットを離しました。しっかり確認できるようにすべて錠剤の粒が見えるようにして取ってそれを鑑査者に渡して監査者も確実に確認していく。薬を戻すときは、手順通り読み上げながら戻していくことを改めて確認していきました。	クエン酸第一鉄Na錠50ｍｇ「NIG」	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「ＮＩＧ」	
281	ツムラの加味逍遥散7.5ｇ28日分のところ、ツムラの半夏瀉心湯が14日分混ざっていた。調剤、監査を通り抜け、投薬時に発見。	調剤、監査者が育休復帰明けで慣れていなく、繁忙期であった。また24番と14番で色が黄色で包装が似ていること。監査システムでは正しいバーコードを読み取り、重量も同じだったので、スルーしてしまったと思われる。	ツムラの漢方は色が同じでも番号の違いが横線であることを周知、最後に横線を横から確認することを徹底。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	
282	訪問薬剤管理中の患者。定期処方以外に臨時の処方追加においての緊急投薬要請受ける。繁雑時間帯において名称の頭部分のみ判断しての取り違いし	開局時間より早々に調剤並びに相談・指導などの繁雑状態中に緊急要請受ける。麻薬などに意識集中し、単純に取り違えてしまった。	冷蔵庫内の整理整頓必要であって、類似名称は段差など設けての保管管理必要とする。	インスリンBS注ソロスターHUサノフィ	インスリングラルギンBS注ミリオペンリリー	
283	リセドロン45ｍｇをいつも出ている17.5ｍｇと思い込み入力投薬時に気づいた	入力者も週一、月一及び毎日服用の製剤があることの知識不足	入力者も週一、月一及び毎日服用の製剤があることを理解しておく	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」	リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「サワイ」	
284	以前からボグリボースＯＤ錠０．３ｍｇが処方されている。当薬局で食前の糖尿の薬のうち９割以上を占めるミグリトールＯＤ錠５０ｍｇを誤って調剤、交付した。患者が入院され自宅の薬を病院に持ち込んだ際に薬剤部の薬剤師が気づき、薬局に連絡された。正しい薬を病院に届けた。３０日前の調剤で２１日分の処方であったが７日分残っていた。	食前の糖尿の薬で語呂・音が近く、よく出ている方を調剤・交付した。薬剤師一人で行い監査が十分でなかった。	薬品名を最後まで確認すること。間違えられやすい薬は薬歴の薬品名にチェックを付ける。	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	ボグリボースＯＤ錠０．３ｍｇ「トーワ」	
285	当薬局でのランタス注ソロスター初処方。入力時QR読み取れずに手入力。当薬局の在庫がランタス注XRソロスターのみしかない為、３文字入力時もそれ以外は表示されず。そのまま入力。監査時にランタスの単位数が異なり（ランタス注は300単位、ランタスXR注は450単位）入力ミス発覚。入力直して再度出し直しました。	入力時の確認不足。また、ランタスに対する知識不足。	入力時は入力後に再度すべて問題ないか入力を見直してから請求に移行する。	ランタス注ソロスター	ランタスＸＲ注ソロスター	

類型IIIの事例（事例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
286	ツムラの番号順に並んだ棚から漢方薬をピッキングするため、処方箋の薬名をツムラ手帳から直視で調べた際、「治打撲一方」の番号を見なければならないところ、すぐ下欄の「治頭そう一方」の番号を見てしまった。	投薬待ちの患者さんもいて、ちょっとした時間にピッキングしておこうと思い、確認の時間が短かった。	忙しい時でも、一つの動作ごとに深呼吸し、確認する気持ちが大切。	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）	
287	アトルバスタチン5mgが処方されていたが、10mgを手に取った。	忙しい時間帯であり、規格をしっかり確認せずに目に入った薬剤を手に取ってしまった。	以前の過誤の学びから忙しい時間帯こそ落ち着いて一から見直すことで事前に防ぐことができた。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＮＳ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＮＳ」	
288	クラシエ抑肝散加陳皮半夏３０日分処方でしたが、１４日分は抑肝散加陳皮半夏、１６日分当帰芍薬散で投薬してしまった　ほかの方の調剤時に気が付き、電話で確認して発覚	抑肝散加陳皮半夏の箱の中に当帰芍薬散がまざっていた。外観酷似のため、監査時１部分のみの監査で投薬してしまった	保管を離れたところにすること、ピッキングした薬をもどすときには必ず声にだしてから戻すことを徹底　個包装の薬は監査時全部確認するよう再確認。	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	
289	ロキソプロフェンNaテープ50ｍｇが処方されていたが、誤って規格違いの100ｍｇで入力してしまった。その後、監査者も規格間違いに気づかずそのまま投薬してしまった。投薬後すぐに気づき、患者本人に連絡したところ、まだ使用前だったため使用しないでいてもらい、営業終了後の13時頃に自宅に伺い、正しいものと交換した。	事務員による単純な入力ミス、薬剤師による監査ミスが重なってしまった。よく出る薬の為、慣れによる警戒心の薄さもあったと思われる。人員不足による、精神的・身体的疲労もあった。	早急な人員確保を目指し、1人薬剤師体制による負担を軽減する。ミスは常に起こるものという意識を持って業務にあたる。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「科研」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」	
290	処方箋はコデインリン酸塩散1%＜ハチ＞4ｇ2Ｘ朝夕食後の処方であった。当薬局の在庫品がコデインリン酸塩散1%武田テバかフソーのものであった。通常はこの患者には武田テバで調剤していたため、疑義照会し武田テバへの変更を依頼したものの、全量が336ｇ（84日分）と大量であったため在庫がそろわなかったが、さらに出荷調整のため手に入らなかった。また、当薬局の在庫でジヒドロコデインリン酸塩散1%＜ハチ＞も在庫としてあった。そもそもコデインリン酸塩散とジヒドロコデインリン酸塩散とは常用量も違うのだが、調剤者が＜ハチ＞のところだけを見て処方されているものと同じと勘違いしてしまい調剤してしまった。	そもそもコデインリン酸塩散とジヒドロコデインリン酸塩散では常用量が6ｇと3ｇという違いもあり、その知識があれば取り違えることもなかったと思われることと、薬品名の表記がそもそも違うため、そこを読み違えるというケアレスミスが重複して起こってしまった。また繁忙な時間であったこともミスを引き起こす原因となったと思われる。	今回監査システムを通したにも関わらず、バーコードでははじかれたはずだが、スキップさせて通してしまっていた。バーコードではじかれた場合、安易にスキップさせずに、必ず2名以上の薬剤師で監査システム上に上がってきているものと現物が同じであるかの確認を徹底することを手順書に盛り込むなどの対策を取ることとした	コデインリン酸塩散１％〈ハチ〉	ジヒドロコデインリン酸塩散１％〈ハチ〉	
291	前回までイフェクサーカプセル75mgが処方されていたが、減量で37.5mgに変更になった。だが、前回と同じ75mgで入力してしまっていた。処方は37.5mgで行っていたが、入力ミスに患者の次回来局まで気付かず、返金処理などで手間をとらせることになった。	処方箋と処方内容には気を付けていたが、その他のお薬手帳や明細書などの記載の確認がおざなりになっていた。	処方箋だけでなく、お薬手帳の記載など全体を含めて処方間違いがないか確認する。	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	

類型IIIの事例（事例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
292	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ処方あり。誤ってクラリスロマイシン５０?r小児用「大正」を調剤してしまっていた。監査時、自己にて誤りに気付き発覚。正しい薬剤に変更しお渡しした。	繁忙であり、調剤時の確認が疎かになってしまっていた。	複数人での監査を徹底する。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	クラリスロマイシン錠５０ｍｇ小児用「大正」	
293	病院ではデキサメタゾンローション0.1%「イワキ」で入力し、処方箋には【般】デキサメタゾン外用液0.1%と記載があったが、調剤した薬剤師、入力者共に、メサデルムローション0.1%（【般】デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション0.1%）と勘違いしていた。監査した薬剤師がメサデルムローションではないことに気づいた。	【般】デキサメタゾン外用液0.1%【般】デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション0.1%が類似しており、規格も0.1%と同じだったことが要因と考えられる。	一般名医薬品は類似する医薬品が存在することを頭におき、調剤する。デキサメタゾンは官能基が違うことで複数の医薬品が存在することを店舗内で共有した。	デキサメタゾンローション０．１％「イワキ」	メサデルムローション０．１％	
294	セロクエル100mgの処方の所、セルトラリン100mgで調剤→投薬になった。投薬時の説明時に気づき調剤しなおしでセロクエルの投薬。	監査補助機などもあるのに、混んでいたことや慣れがでてしまいおろそかになった。	今後しっかり監査補助機を使用して間違いない事を確認して進めて行く	セロクエル１００ｍｇ錠	セルトラリン錠１００ｍｇ「サワイ」	
295	ユーロジ1ｍｇ錠を先発から後発品に変更する際に間違えて調剤していた。	成分が類似しているため、エスタゾラムのところをエチゾラムで間違え調剤してしまい、監査の時に発覚。エスタゾラムの調剤頻度が少なくいつもよくさわっていたエチゾラム錠を手に取ってしまっていた。	類似している成分ピックアップし、箱やケースに「類似成分に注意」のシールを貼り注意喚起をしました。	ユーロジン１ｍｇ錠	エチゾラム錠１ｍｇ「ＪＧ」	
296	ヒートをばらして１包化する患者。ピッキングミス。薬剤師の監査の際にミスを発見。手直しをしようとしたところ、ロサルタンK錠を入れるべき朝の袋に、ピッキングミスをしたロスバスタチン錠ではなく、デエビゴ錠が入っており、二重のミスであったことが発覚した。	監査ですぐに発見できるミスではあったので、特別な改善策というものは思いつかない。ピッキングミスは不注意によるものかと思うので気を付けてもらう。	朝一の患者さんで集中力が欠けていたのかもしれないが、出だしから集中して仕事にあたることができるように啓発していく。	ロサルタンＫ錠５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	
297	新規患者様で来局。一般名：ビフィズス菌散1.2% 3ｇ　処方された。本来、ビオフェルミン散剤3ｇで入力すべきところを、ラックＢ微粒Ｎ1%で入力してしまった。	同じビフィズス菌散で1.2%と1%のタイプがあることを把握していなく、慣れ親しみがあるラックＢ微粒で入力してしまった。 薬は間違いなく、ビオフェルミン散剤でお渡ししたが、薬剤師の薬袋の確認ミスでもある。	事務員・薬剤師のダブルチェック。また新規の患者に当たっては、特に注意が必要。	ラックビー微粒Ｎ	ビオフェルミン散剤	

類型IIIの事例（事例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
298	いつもアトルバスタチン錠１０ｍｇ半錠が処方され、５ｍｇ１錠を調剤していた。出荷規制で別のメーカーの製品になり入力したところ１０ｍｇ１錠で打ち、薬は正しいものを調剤し渡した。今回誤入力に気づかず薬歴を見ながら患者に量の変更を医師から聞いたか尋ねたときのやり取りでミスが発覚した。薬代の差はなく患者に事情を説明し謝罪した。	レセコン入力時にメーカー名変更に意識が行っており規格を失念していた。薬歴記載時もメーカー名だけに注目していた。	調剤内容変更時は要点を失念しないよう対応していく。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＶＴＲＳ」	
299	ネシーナ錠１２．５が処方されいてるところチラーヂン錠１２．５を準備していた	薬の成分も名称も全く違うけど、繁忙で規格だけで考えて準備した可能性があり鑑査時に気づいて入れ替えましたが、規格だけではなく名称もしっかり確認することを周知した	薬の規格だけでなく、名称からしっかり確認して調剤するように周知徹底をしました慣れもあり改めて確認の必要性を指導	ネシーナ錠１２．５ｍｇ	チラーヂンＳ錠１２．５μｇ	
300	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒60日分の処方。内１箱（14日分）クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒で調剤。	２剤同じ色の外箱の為、１箱だけ取り間違えた。	同じ薬ごとにチャック袋にまとめ、同色の外箱は離して保管する様にした。	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒	
301	メイアクトが処方されたのに、メイラックスをピックアップして準備。	たまたまメイラックスの処方が続き、それまでは処方箋を見て先発品とジェネリックの確認をしていたが、処方入力の事務員から口頭で先発品の指示があったため、処方箋を少し見ただけでメイラックスを取りに行ってしまった。	声を掛け合うのは良いが、必ず処方箋を目視で確認するよう改めて指導した。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	メイラックス錠１ｍｇ	
302	ツムラ苓姜朮甘湯が処方、類似名称のツムラ苓桂朮甘湯をピッキング	処方頻度は苓桂朮甘湯のほうが多く、苓姜朮甘湯は稀。慣習的に苓桂朮甘湯をピッキングしてしまった。	類似名称がある薬剤について再度周知し、慣習的にピッキングを行わないように指導	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）	
303	胃薬のラベプラゾールNa錠10mgが処方されているとこと、調剤者が脂質異常症治療薬のプラバスタチンNa錠10mgを調剤してしまい、監査者が間違いに気づかずそのまま投薬してしまった。後日患者様が薬を飲む前に間違いに気が付き来局され、はじめて薬局側が間違いに気がついた。	この日は警報が出ており、いつもよりスタッフが2人少ない状態であった。患者様も立て続けに来局されて、焦りからくる間違いであったと考えられる。	監査、投薬時に薬情の写真を見ながら確認し、処方せんの裏にチェックをいれる。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	
304	ビオフェルミン散が新規で処方されたが、ビオフェルミン配合散しか在庫しておらず、ビオフェルミン散が存在することをしらなかった。ビオフェルミン配合散で入力し、調剤。患者様にもお渡ししてしまった。処方元のクリニックにビオフェルミン散→ビオフェルミン配合散で調剤してしまったことを報告し謝罪した。	ビオフェルミン散とビオフェルミン配合散の2規格があることを知らなかった。知識不足	ビオフェルミン散とビオフェルミン配合散の2規格があること、菌種がことなること、ビオフェルミン錠はビオフェルミン散ど同一の菌種であることを薬局スタッフに周知徹底した。	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
305	5/7麻杏よく甘湯が処方されていたところ、間違って麻杏甘石湯を調剤。監査でスルーし、患者様に投薬してしまった。5/24に麻杏よく甘湯再処方。当薬局に在庫がなく、他薬局に小分けしてもらった。5/7にも処方歴があるにもかかわらず在庫していないことを不審に思った当薬局薬剤師が前回の調剤録を確認したところ、監査で「55」と漢方薬の番号をメモしており、間違いに気が付いた。医師と患者様に報告し、お詫びしました。すでに飲み切られているため、交換などはなし。	漢字1文字違いの薬品で字面が似ていた。不足薬が発生していたことや、期限が近い薬があり患者様に伝えないといけないこと、同処方箋に記載されていたブシ末の用量が適正であるかなど、他に気を取られて薬品の確認がおろそかになってしまった。薬情には顆粒の写真しかなく、投薬時にも気が付かなかった。	最終監査の徹底。一文字ずつしっかり確認する。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）	
306	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒をお渡しするはずが、誤ってツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒をお渡しした。	芍薬の部分が同じなので、見間違いが発生したと考えられる。	監査するときは、一文字ずつ丁寧に薬の名称を確認すること。また、初回処方のため、患者さんの症状をもっと深く掘り下げることが必要であった。	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）	
307	ツムラ19小青龍湯とツムラ109小柴胡加桔梗石膏湯を取り間違え、薬局の調剤監査システムにより、同薬剤師が、薬を取り間違えていることに気づいた。	包装の色が同じことや、棚の位置が近かったことが要因と考えられる。	小柴胡加桔梗石膏湯の箱に「小青龍湯ではない」と注意書きし、箱の位置を離し、ピッキングする際は声出し確認するようにした。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	
308	クラシエ黄連解毒湯エキス錠処方であったが、調剤時にクラシエ黄連解毒湯エキス錠とクラシエ桂枝茯苓丸エキス錠を混ぜて調剤してしまった。	１箱目は調剤過誤防止システムを通していたため、正しい薬剤をピックしていたが、２箱目を通しそびれていたため、誤った薬を交付してしまった。	２箱目を開封するときにも必ず調剤過誤防止システムを使用する。見た目が類似している医薬品は近くに配置しない。	クラシエ黄連解毒湯エキス錠	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	
309	半夏厚朴湯処方の患者に誤って半夏瀉心湯で調剤し、交付した。患者は交付当日夜、翌日朝昼と服用しその後来局された。医薬品情報提供書の色と現物の色が違うことに気づき疑問に思われたとの事。交付時色が違うのではないかと患者から話していたがその場で気付けなかった。軟便を訴えているが他院処方で酸化マグネシウム製剤服用中の為因果関係不明である。	医薬品の名称が酷似しているため取り間違えたと考えられる。	間違えやすい薬は周知し都度要確認する。患者と共に薬の内容確認ししっかりとコミュニケーションをとる。	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）	
310	ツムラ107　牛車腎気丸　の中に　　ツムラ７　八味地黄色丸　が混ざって投薬　調剤時　箱を開けて追加するとき　107　ではなく　７をとって開けて追加、監査ではすべてを見ずに　併せて投薬してしまった。	漢方の在庫が多く、番号順にきちんと整理されていなかった。箱単位で取り出すときにも細心の注意を。監査システムでJANコードを読んで確認しているが　すべてではない。	薬局内の在庫の整理整頓。調剤棚以外から箱単位で薬をとる時も　棚からとる時と同じように　再度の自己確認をする。監査時は　どんなに量が多くてもすべてに目を通す。	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）	

類型IIIの事例（事例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
311	小青竜湯が処方されていたのにPickされていたのは麦門冬湯であった。処方削除になった麦門冬湯を箱に戻す際に19番の小青竜湯の箱に入れてしまっており、PDAを適正使用したのにもかかわらず29番麦門冬湯をPickしてしまい、投薬時に患者に言われて気付いた。	ツムラの漢方は下1桁が同じだと色が同じであるのでそこで監査が終わってしまっていた。	戻る時のダブルチェックの徹底。注意歓呼札作成	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）	
312	新規処方でツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒が処方されたが、調製者は誤ってツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を取り揃えてしまった。鑑査者が取り間違えに気づき、調剤しなおした。	名称類似、どちらもツムラの漢方薬で外観も似ていたため取り間違えが発生してしまった。	名称類似漢方薬の認識と把握を全従業員に行う。調剤棚に注意喚起や配置場所を近づけないなどの対策を行う。	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）	
313	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒をピッキングしないといけないところ、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒をピッキングしてしまった。	慣れ。先入観。思い込み。手順の逸脱。	処方箋を順に沿って調剤をすすめる。印をつける。ヒヤリハット報告を周りに周知する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
314	患者にツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）１日３回（３包/日）毎食前６０日分が処方された。薬剤師は誤ってツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を取り揃え、患者に交付する直前に誤りに気づき、正しいものをお渡しした。	薬剤名をしっかり確認していなかった。外観（色・番号）が類似しており監査時も誤りに気づかなかった。	当事例をスタッフ間で共有し、両剤の薬剤棚と患者メモ欄に「名称類似薬あり」の注意喚起を行った。また。五十音順で並べているため、両剤の間に全く違う名前の薬剤を置き、見間違い防止対策を行った。	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）	
315	ツムラ麦門冬湯が10回分処方されていたところ、3包×10日分で調剤され、監査システムを通ってしまった。患者の前で投薬中に気付いたので、一旦調剤室に戻り、投薬者が麦門冬湯の箱から、10包に調剤しなおして、投薬台に戻ったところ、新たに出した1包がツムラ小青竜湯であった。患者に10包を確認の為見せた時に気付いた。	ツムラ麦門冬湯と小青竜湯の外装が同じピンク色である。19番と29番で間違いやすい。両社とも似た薬効で有る為、薬を戻す時に間違ったと思われる。また、薬を戻す時は2人以上で確認すべきところを、怠ってしまったと思われる。投薬者も、調剤者に戻して、監査システムにかけるべきであったが、混雑もあり自分で薬を調剤して投薬台にもっていったことが原因可と思われる。	薬を戻す時は、2人以上で確認することを徹底する。混雑を理由に業務に流れを変えない。	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）	
316	鑑査してもらったが　アムロジンのみり数間違え	高齢もあったためだいぶ前も2.5だったから間違えてしまった	もう一度　出すときに確認する	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」	
317	６月２７日再度処方箋を持ってこられた時に　前の４月に間違ってだしたことに気が付いた	一般名同士の名前がよく似ていた為クロペタゾン酪酸エステルとクロペタゾールプロピオン酸エステル	一般名をきちんと見てから出す	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
318	以前までビオフェルミン配合散で処方されていたが、今回よりビオフェルミン散剤へ変更。一度配合散の方でピッキングを行ったが、その後誤りに気付きピッキングし直して対応。	「散剤」と「配合散」で薬品の名称が非常に類似しており、ミスが誘発しやすいと思われる。またしばらくの間配合散で継続していた経緯もあり、慣れや慢心も影響したと思われる。	散剤と配合散の２種類あることに関して注意喚起を実施。また当該薬品の処方されている患者をリストアップを行い、再発防止に努めた。	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
319	処方されていたのはランソプラゾール１５ｍｇだったが間違ってラベプラゾール１０ｍｇをピッキングしており、監査の際に見逃してしまいそのまま患者に渡してしまった。	定期の同じ処方だったので監査漏れが生じてしまった	定期処方で急いでいるような患者にもきちんと監査を行う。	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」	
320	レボフロキサシン250ｍｇ錠で処方されているのに、500ｍｇ錠で入力された上、さらに500ｍｇ錠で調剤されていた。監査もそのまま通過したが、投薬直前に間違いに気づき、正しい薬剤を患者さんに交付。	通常、当薬局ではレボフロキサシン錠は500ｍｇの規格が比較的多いため、無意識に500ｍｇを選択したと推定される。	複数の規格がある薬剤については、常に規格を必ず確認する習慣を身につける指導を徹底いたします。	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「トーワ」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「トーワ」	
321	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」を調剤するところエナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「ケミファ」を調剤。	規格・名称が類似先発品名でタナトリルが処方されていたが、頭の中で後発品への変換を間違えた。	先発品から後発品への変換はレセコンでなされたものをきちんと確認する。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「ケミファ」	
322	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」を調剤するはずが、誤ってヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」を調剤。Audit画像鑑査機も通ってしまい薬袋へ入れる際に間違っていることへ気付いた。	薬品名が類似しているため、取違い。またAuditも鑑査が通ってしまった⇒マスタには正しい画像が保存されていることを確認。外見が類似しているため通ってしまったか。	Auditを信用せず、監査実施。別メーカーを採用も検討。	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」	
323	入社1年目、当薬局では配属1か月の事務の子が入力担当。混み合っている時間で、ＱＲコードの無い処方せんだった。入力ミスには調剤時に気が付いた。	ＱＲコードが無く手入力だった。キプレスは5ｍｇの方が良く出るため、10ｍｇの規格の存在を知らなかった。	入力が終わった段階で、必ず入力画面と処方箋を１度見比べるようにする。鉛筆等使って、チェックする。	キプレス錠１０ｍｇ	キプレス錠５ｍｇ	
324	前回アムロジピン錠５ｍｇ処方あり、今回ニフェジピン40ｍｇへ変更されていたが気付かずに調剤。一包化調剤のため一包化監査中に監査者が気付き発覚。	一包化の患者が続いており確認を怠ってしまった。またピッキング時には薬剤師１人のみだった。	入力時に事務が確認できるようであれば声掛けいただく。ピッキング者、一包化製作者をわけるなどの工夫が必要。	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「サワイ」	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」	
325	フォシーガ錠５ｍｇを調剤しようとしたところ、該当医薬品の箱の中にスプレンジール錠５ｍｇが入っていることに気付く。	両者はとても外観が似ており、薬自体も薄黄色でとても似通っている。一度取りそろえたスプレンジール錠を見た目だけで判断し、棚に戻し間違えたものと思われる。取りそろえたスタッフと戻したスタッフが異なる可能性が考えられた。	取りそろえた医薬品を棚に戻す際にはその調剤者が責任をもって戻す。見た目だけで判断することなく、調剤時には品名をしっかり確認する。	フォシーガ錠５ｍｇ	スプレンジール錠５ｍｇ	
326	ツムラ（１４）半夏瀉心湯のところに、ツムラ（２４）加味逍遙散を充填してしまった。後日、納品された別の薬を充填している際に、気が付いた。ツムラ（２４）は未開封であり、患者さまへの誤交付はなかった。	ツムラの漢方エキス剤は番号順に棚に並べている。ツムラ（１４）（２４）ともに１箱４２包入りを採用している。ツムラ（１４）の所に、１箱のみツムラ（２４）が充填されていた。薬品名の確認をせずに、色だけで充填してしまった可能性がある。	今回の事例をスタッフ全員に周知し、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。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
327	事前にFAXで送られてきた処方箋であった。ジエノゲスト0.5ｍｇの処方であったが、レセコン入力を手入力する際、1ｍｇで入力した。ピッキングしたスタッフも処方箋を見ずに間違い手入力された調剤力を見てピッキングし、監査システムを通した。	FAXで送られてきた処方箋はＱＲコードでは読みこみが出来ないので手入力になる。そのため、間違った薬品や用法を入力してしまう恐れがある。	手入力した際は処方箋に分かるように印をつける	ジエノゲスト錠０．５ｍｇ「モチダ」	ジエノゲスト錠１ｍｇ「モチダ」	
328	一般名処方でイルベサルタンアムロジピンベシル５への変更を気付かずにイルベサルタンアムロジピンベシル１０で入力してしまいそのまま調整交付。処方時に患者との会話からミスが発覚し訂正した。	薬剤師一人調剤で他に待ちの患者さんは一人。以前より処方の同じ内服との思い込みから入力を行い調整交付してしまった。一般名での処方であったので処方された一般名の成分表示の確認を怠ってしまった。	入力者と確認者を別にする必要はあるが、一人調剤の時間が発生してしまうため、入力後のチェックを必ず行う必要がある。慣れによる入力ミスの撲滅の為　成分名で声を出して再度入力を行う必要があると思われる。	イルアミクス配合錠ＬＤ「トーワ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「トーワ」	
329	患者さんが来局するので用意しておいてほしいと電話があり、過去処方のあった、漢方薬を事前に用意していたため、用意していなかった薬剤の調剤の確認ができていなかった。	一人薬剤師で、事務もおらず、過去処方の薬だとばかり頭にあったので、処方箋内容と調剤した薬をきちんと確認できていなかった。	処方箋内容が来てから、準備をした方が確実となる。	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒（医療用）	
330	普段フェキソフェナジン30ｍｇ「サワイ」を調剤し交付したが、レセコンで「SANIC」を入力していたため書類の情報がすべて間違ったものとなっていた。	普段フェキソフェナジン30ｍｇは「SANIC」を採用していたが、供給不足のため「サワイ」を在庫していた。	採用品に変更があった場合に全スタッフに周知する。調剤棚に採用変更の旨を付箋で示した。	フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	
331	処方は一般名処方でニフェジピン徐放錠(１２－２４持続)で処方されていた。入力は先発でアダラートCRで入力されており、そのまま調剤。監査後服薬指導時に血圧が上がった時にだけ使う指示の為改めて確認し１２時間持続であることに気づき、アダラートＬで調剤し服薬指導を行った。	アダラートＬとＣＲの違いついて調剤者はわかっていなかった知識不足と入力時ＣＲとＬ両方入力できてしまう為、監査者はもちろん入力者、調剤者にも入力はできてしまうもののこういった薬がある旨を周知徹底する。	入力時間違えやすいものをリストアップして入力するレセコンの机に貼り周知する。薬剤師側にもい間違えやすい薬として周知する。	アダラートＬ錠１０ｍｇ	アダラートＣＲ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
332	日頃より当薬局を利用中の患者（80歳　男性）が皮膚疾患を訴え当薬局に処方箋を持参し来局。処方箋には【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％10g顔の湿疹、顔の痒いところへの塗布と記載されていた。事務員はレセコンに【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％10gと入力、また同時進行で薬剤師A（職種経験15年）はキンダベート軟膏0.05％10gを調製しないといけないところを誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％「NIG」10gを調製し監査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬の【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％10g（キンダベート軟膏0.05％10g）ではなく、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％「NIG」10gが調製されていることに気付き、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはキンダベート軟膏0.05％10gを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	一般名処方の処方箋では、事務員のレセコン入力における簡易性を担保するのに3文字だけで検索をかけるようになっており、類似品も多く、同じようなミスが起こることが考えられる。必ず入力直後の確認をするよう徹底する必要がある。また調整する薬剤師においては、一般名が似ているものは数多くあり、また今回の場合はパーセンテージも同じであり、処方箋のぱっと見での思い込みが原因であったと感じる。	事務員への類似薬品目が多いことの教育と、調整する薬剤師のスキルアップと処方箋の注視、処方医の処方意図を考える癖付け等を教育していく必要があると考える。（顔への塗布にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％が妥当であるかどうか等）	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」	
333	シルニジピン10?r、1日1回朝食後28日分の処方だったが、クロピドグレル75?rを渡してしまった。次の日、患者様が飲む前に気がつき薬をもって持参。	シルニジピン10?r「JG」が置いてある棚の左斜め下にクロピドグレル75?r「JG」があり、ピッキングした者が間違って取ってしまい、投薬した薬剤師が、鑑査した時そっくりだったためか見落としてしまった。	いつも見ているシルニジピン10?rのヒートの印象だけで監査してしまい、ヒートに書いてある文字までしっかり見なかったため起きたミス。今後は書いてある文字までしっかり読み上げるよう、薬剤師間で確認。	シルニジピン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＪＧ」	
334	治頭そう一方と治打撲一方が混在して収納されていた。	薬品の名前が似てることや外箱の色が同じ。	スタッフに名前と外見が似てることを声掛けする。	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）	
335	ツムラ芍薬甘草湯での処方だったが、未開封の包装を開ける際に色と「8番」の情報で開封してしまい、芍薬甘草湯と桂枝加苓朮附湯が混在した状態でお渡ししてしまった。	ピッキング監査システムを利用しており、68番のGS-1コードを読み取って照合OKであった。追加でピックされた薬剤は色のみの判別をしてしまった。	誤って開封しないよう、棚の配置を番号順に徹底した。薬袋に入れる際、混在が起きていないか再度目視による確認を徹底する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	
336	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが、間違えてツムラ芍薬甘草湯でお渡しした。投薬後に患者様が再度来局され、漢方薬がいつもと違うとのことでした。正しいものと交換してお渡しして謝罪しました。	処方箋に記載されている名称をしっかり確認せずにお渡ししてしまった。芍薬という記載で芍薬甘草湯と思い込んでしまった。	処方箋の名称はしっかり確認することを再度徹底しました。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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
337	漢方109小柴胡湯桔梗石膏が、15包処方された。箱の中から端数の9包とり、新しい箱から6包調剤した。その際、外観や番号が類似している漢方19小青竜湯を6包調剤した。鑑査が気づき、発覚した。	普段から薬を陳列している棚とは別の場所にストックの箱を置いていた。当事者は、慣れから、色と下一桁の番号を見て箱をとり、誤った場所に箱を戻した。	別の場所に、ストックがある場合、しっかり、目で確認して調剤する。ダブルチェックすること。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	
338	ビオフェルミン散剤の処方であったが、ビオフェルミン配合散で調剤をした。監査システムでエラーが出て間違いに気づいた。	ビオフェルミン散剤があることの知識不足。いつもビオフェルミン配合散の処方しかないクリニックで、思い込みにより調剤をした。	散剤と配合散の違う規格があることを調剤時に分かるように注意喚起する。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
339	一般名「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%」が処方。一般名「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%」のデルモゾールDPを調剤。監査時に気づき訂正した。	処方せんのベタメタゾンだけで判断し、調剤してしまった。	処方せん内容に確認を再度徹底するように全員で確認した。	アンテベート軟膏０．０５％	デルモゾールＤＰ軟膏０．０６４％	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	11才の小児にオゼックス錠150 150mgが1日6錠で処方。オゼックス錠小児用60mgの入力ミスと思われるので疑義照会して確認。オゼックス錠小児用60mgに変更になる。	オゼックス錠に複数の規格があるので入力するとき間違えてしまった。	調剤するときは年齢や患者さんからえた情報をもとに適切な薬量であるか確認をする			オゼックス錠１５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	新型コロナやインフルエンザの患者さんが多い中で、2名ほどメペンゾラートの処方が続いた。患者さんから聞き取りしたところ胃腸の不調は訴えがなく、不審に思ったところ、続いた処方箋もメペンゾラートの処方があった。のどが痛いということだったので、もしかして、トラネキサム酸（トランサミン）を処方する予定が、トランコロンと誤って入力した可能性に思い至り、疑義紹介したところ、２名ともトラネキサム酸に変更となった。	医療機関で先発品名で入力し、処方箋発行時に一般名処方されるシステムで、トランサミンと入力したいところをトランコロン（メペンゾラート）と入力したと思われる。	昔からある医薬品については、先発品名も把握して、患者さんお症状との擦り合わせが必要と思われる。	メペンゾラート臭化物錠７．５ｍｇ「ツルハラ」	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
3	風邪の症状だったが頭痛の薬クリアミンが処方された。患者の訴えと違うため医師に問い合わせ。クリアナール錠に変更となった。	2剤の最初の3文字が同じなので医師のパソコンでの選択ミスが考えられる。	患者の訴えとと処方された薬の効果が適切であるか検討してから投薬する。	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	
4	一般内科から【般】ベタメタゾンリン酸エステルNa・フラジオマイシン配合点眼点鼻液が1日3回点耳で処方された。点眼・点鼻用リンデロンA液を調剤したが鑑査者は点耳の用法に疑問を持たなかった。その後別の薬剤師が患者に服薬指導をした際に「他の病院でもらって使っていたものを今回こちらでお願いして出してもらった」と聞き取り、使用歴あるなら使い方等は理解しているだろうと簡単に用法等を説明したところ「今まで冷蔵庫には入れてなかったけどな…？」と言われたが、その言葉に引っかかりつつも冷所保存であることを説明してそのままお渡しした。お薬手帳は持参されていたが点耳薬の記録は確認できなかった。その後改めて調べたところ、リンデロンA液のフラジオマイシンに内耳障害の副作用があり、添付文書にも「中耳炎、鼓膜穿孔のある患者において、本剤の点耳、耳浴により、非可逆性の難聴が発現するおそれがあるので、耳内へは投与しないこと」と記載があり、点耳には不適であることを確認した。 患者に電話をして今手元にある薬(他の病院でもらった薬)の正確な名前を聞いたところベルベゾロン眼耳鼻科用液であったため、一般名処方の選び間違いであることが判明した。その後医師に疑義照会をし、【般】ベタメタゾンリン酸エステルNa点眼点耳点鼻液に変更となった。	・処方医の一般名処方の単純な選び間違いだが、鑑査の段階で点眼・点鼻用となっている薬が点耳で出されているところでまず気付くべきであった。リンデロンA液の在庫がなかったため薬の手配に気を取られていたことで気付けなかった可能性が高い。・服薬指導時に、前にもらった薬は常温保存しているという話に対して疑問を持ちつつもそのままスルーしてしまった。その時点でしっかり確認する必要があった。・リンデロンA液は以前は点耳にも使われていたが、内耳障害の副作用から耳科用としての使用が禁止になった経緯があったと記憶している。その経緯を覚えている者であればすぐ気付けたと思われるが、鑑査者も投薬者もそのことは知らなかった。	今回の事例を薬局内で周知。リンデロンA液の棚に「耳禁止！」と注意書きをした。患者との話の中でおかしいと思うことがあればそのままにせず詳しく確認する。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	使用部位（口角）に対して適切な薬品ではない恐れがあるがあるため疑義照会。デルモベート軟膏→デキサメタゾン口腔用軟膏へ変更となった。	医師の勘違い。TELにて確認したところ、本人はデキサメタゾンを処方する意図でデルモベートとカルテに記載していたとの事。	ステロイド外用薬の強度、使用部位等を照会し、適合するか適切に確認する。	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
6	整形外科医より花粉症の薬が処方。アレジオンLX点眼液の用法が1日4回となっていたため用法をTELにて問い合わせ。医師より1日2回に変更となった。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の用法が異なることを医師が見落としていた。通常時あまり処方のない医薬品と推測、処方の間違いをしてしまった。	間違いの共有。ピック時にわかりやすく用法が違うことを表記する。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
7	患者様は、皮膚科を受診してフロモックス錠処方される。お薬手帳で耳鼻科でオゼックス錠服用中であることが判明。皮膚科のＤｒ.に疑義照会する。フロモックス錠削除となる。	併用にで副作用発現した可能性あり。お薬手帳で併用薬が確認できなかったら、重複の可能性あり。	患者様とのコミュニケーションと確認とお薬手帳で併用薬確認することが大切。今後も併用薬チェックを徹底する。			タリオン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	小児科より アモキサン細粒１０％　４ｇ　分３　７時・１４時・２１時 で処方されたが、アモキサン細粒１０％は抗うつ薬であり、他の処方薬からみて、【般】アモキシシリン細粒の間違いではないかと思い疑義照会実施。また、アモキシシリン細粒は２０％(当時、後発品が入手困難状況の為、先発品のワイドシリン細粒２０％)の規格であることもお伝え。疑義照会の結果、ワイドシリン細粒２０％　２ｇ　分３　７時・１４時・２１時　へ変更となる。	アモキサン細粒１０％ と アモキシシリン細粒２０％ は初めの３文字が同じなので、病院で処方入力の際、間違えたのではないかと推定。	薬剤の名前もきちんと確認して処方薬が適切であるか判断する。	アモキサン細粒１０％	ワイドシリン細粒２０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	クラリスロマイシンDSが処方されていたが、投薬時に患者様への聞き取りでアトピー性疾患であることを確認。抗生剤が処方されているとの患者の認識はなく、抗アレルギー剤が処方されていると思うと言った旨の発現あり。処方と発言に齟齬があったため疑義照会にて確認。結果クラリチンDSとの間違いであった。	薬品名類似処方医の薬剤選択間違い	患者様からの聞き取りをしっかりと行い、処方内容と齟齬がないか確認する。疑問点がある場合は疑義照会を行う	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンドライシロップ１０％小児用「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
10	ブリンゾラミド懸濁性点眼液が１日４回で処方されていた。こちらは１日２回で使用、最大でも１日３回のものになるため、過用量である。そのため医師に疑義紹介を行い、１日２回に変更になった。	医師の処方箋の確認誤り	投与回数に違和感を感じたため、添付文書で確認。投与回数が多いと判断したため、医師に疑義紹介を行った。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	門前クリニック透析患者の処方。当該患者は一時的に他病院に入院しておりこのたび透析クリニックに戻ってきた。オゼンピックとトルリシティが記載された処方箋を応需。同効薬の為疑義照会をしたところ、入院先からの情報提供書にオゼンピックとトルリシティの2剤が記載されているためこのままの処方でOKとの返答だった。疑義が解消されないため患者にも直接確認したところ、「オゼンピック導入の話は聞いたが、トレシーバは中止とは聞いていない」とのお話だった。情報提供書に記載されたトルリシティがトレシーバの誤りである可能性が疑われたので、透析クリニックに再度入院先の病院へ情報提供書の内容に間違いがないか確認をするように依頼したところ、トルリシティはトレシーバの記載誤りであったことが分かった。その後、オゼンピック、トレシーバの処方に変更となった。	透析クリニックが入院先の病院からの情報提供書に誤りがあったものの、そのまま信じて処方してしまった。	処方監査の徹底を継続する。	トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス	トレシーバ注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	【般】アゾセミド錠３０ｍｇと【般】クレンブテロール錠１０μｇが１日２錠ずつ、１日２回朝昼食後の処方。反対の薬効が出ていること、クレンブテロールが朝昼で出ていること違和感を覚え、患者に受診理由を確認すると尿が出ないので受診していると確認。クレンブテロールは尿失禁に使用する薬剤のため疑義照会したところ、スピロノラクトン錠２５ｍｇの誤りだったと確認	【般】クレンブテロールの先発品のスピロペントと、本来処方したかった【般】スピロノラクトンの最初の３文字が同じだったので間違ってしまったとのこと。	処方されている薬剤を取りそろえるだけでなく、薬効が何なのか、服用時点がどうなのか、病状が何なのかを確認する	スピロペント錠１０μｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	小児にフルチカゾン点鼻液50μｇが処方されていた。小児用量は25μgであり過量であるため問い合わせをして変更になった。	25μgでも一般名では小児の記載がない為分かりにくい。	小児用量があるものは、過量投与にならないようにリストアップして注意する。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「杏林」５６噴霧用	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	当局に初めて来局された患者様。患者様からの聞き取りでは、前医からの紹介でクリニックを受診し、前医と同じ薬が処方されることを確認した。しかし、お薬手帳と当日の処方を比べたところ、新しくプラビックス錠75の処方があり、プレガバリン錠75の処方がなくなっていた。プラビックス錠75の用法が1日2錠・分2と通常量を越える処方となっており、前医処方のプレガバリン錠と同じ規格であることから薬品名・規格類似による処方間違いが疑われたため疑義照会をした。その結果、プラビックス錠75は処方削除となり、プレガバリン錠75へ処方変更となった。	薬品名類似、及び規格が同じ75であったことが、処方間違いにつながったと推察される。	お薬手帳を必ず確認する。特に転院された患者様は、前医の処方と比較して処方変更があるかどうか、患者様本人から処方変更の話があったかどうかを必ず確認する。	プラビックス錠７５ｍｇ	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
15	吸入目的に、ブロムヘキシン塩酸塩吸入液0.2%、メプチン吸入液ユニット0.3mL、大塚食塩液10%が処方された。患者様に確認し、以前よりネブライザー使用しており、いつもは他の薬局でその薬はもらっているとの事だった。大塚食塩液10%はNa補充目的で使用するため、電話にて疑義照会し、生理食塩液の間違いであることが発覚した。	食塩液に気を取られて、濃度のことを失念した。	普段から吸入薬を調剤する機会が少ないため、情報共有し、処方鑑査を丁寧に行うように注意した。	大塚食塩注１０％	生理食塩液「ヒカリ」		ヒューマンエラー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	一般名レバミピド錠100ｍｇ処方のところ、一般名レバグリニド錠0.5ｍｇの処方処方監査において整形外科の処方かつＮＳＡＩＤｓ処方されていたため、処方間違いを疑い疑義照会を行い処方変更となった。	医療機関において処方入力を頭２文字で行い入力の間違いが起きた可能性がある また、処方入力後の確認が十分に行われず、交付されてしまったと推察される	診療科、他の処方薬、既往歴に基づいて処方監査を行っている。	レバグリニド錠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
17	タリージェ10ｍｇを処方するところ、誤ってタリオン10ｍｇが処方されていた。	処方箋入力時の誤り。	患者の話を聞き、それに応じた薬が処方されているか聞きとる。	タリオン錠１０ｍｇ	タリージェ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
18	先月他薬局にてフルチカゾン点鼻液小児用が処方されていたが今回成人用が処方されていた。年齢が上がったわけでもないため疑義照会を行ったところ小児用の処方間違いと確認し小児用に変更を行った。	医薬品名小児用の記載が後半にあるため確認不足にて病院が入力を行ったと思われる。	手帳、年齢等確認を行い用量に間違いが無いか確認を行ったうえで監査、投薬を行うようにしている。			フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０マイクロｇ「ＣＥＯ」２８噴霧用 フルチカゾン点鼻液２５マイクロｇ小児用「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
19	クレマスチンDSで処方したいところを、クラリスロマシンと書かれていたようです。（クラリスロマシンとして用量が少ないため疑義照会の電話をしました。）	「ク」と入力したときの予測変換先間違いか。	用量が少ないと思われるような薬剤は、確認のための疑義照会を行っていきます。	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」	クレマスチンＤＳ０．１％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	以前よりタプコム配合点眼液とアイラミド配合懸濁性点眼液を使用されていたが、目の周りの赤みかゆみの訴えによりアイラミドからアゾルガ配合懸濁性点眼液に変更となった様子。しかしタプコム配合点眼はタフルプロストとチモロールの配合、アゾルガはブリンゾラミドとチモロールの配合、よって併用はチモロールの重複となるため医師に報告確認の電話をした結果　タプコム配合点眼をタプロス点眼液に変更となった。	配合剤は単剤の商品名と類似しているので処方時に間違いやすい。また配合剤の併用は、成分の重複に特に注意しなければ見落としやすい。	配合剤の併用は　処方箋監査・調剤・監査投薬すべての段階において確認するよう心掛けております。			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
21	フェノフィブラート80ｍｇが初めて処方されていた。2錠分2朝夕食後であったため、用法用量が適正か疑義照会を行ったところ、医師は、フェノフィブラートではなくペマフィブラート0.1ｍｇを処方したつもりだったとのことで処方が変更となった。	一般名が類似していることによる確認不足と思われる。	用法用量が疑わしい場合は、用法用量のみならず、処方された薬剤そのものに間違っている可能性も考えて、疑義照会を行うこと。	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」	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
22	別疾患で入院しており退院後かかりつけ病院に受診。処方箋を持ち込まれた。用法もおかしく腎疾患の既往もなし。本人に確認するも理解されないため入院先に問合せ、かかりつけ病院の入力間違いが発覚。	両薬剤は名称が似ているためかかりつけ病院の入力間違い	用法がおかしかったのですぐに気づいたが、名称が似ている薬剤は多く処方切り替え時、不審に思った点は患者さまへの確認だけではなく病院にも確認すべきである	エベレンゾ錠５０ｍｇ	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	定期薬に加えて今回新たにメキシレチンカプセルの追加処方あり過去の薬歴からも不整脈の既往なし　調剤前確認でも動悸や検査での不整脈の発生は確認できず症状の変化は花粉症の悪化のみと聴取	メキタジン→メキシレチンと処方入力の際に２文字で薬品検索を実施し誤って選択をしたと思われる。用法もカルテには就寝前　1T　での記載で処方　毎食後　3カプセルの誤転記の理由がわからず（メキシレチンであれば毎食後　3カプセルの処方という思い込みの可能性はある）	調剤前先確認を実施することで体調の変化から剤の変化などに齟齬がないが確認をできた事例である	メキシレチン塩酸塩カプセル１００ｍｇ「トーワ」	メキタジン錠３ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	今回から新規で統合失調症のスピロピタン錠が処方されていた、病院からのFAXのため患者様には確認できない状況で調剤をした。その後患者さんからの聞き取りと病院からの診療レポートよりスピロピタンでなく、スピロノラクトンの可能性が高いことが判明し、疑義照会により変更になった。	類似名称のため、入力した際に間違えた可能性がある。	薬の変更の際には、患者からの聞き取りと診療レポートが送られてきた際にはすぐに確認を行う。	スピロピタン錠０．２５ｍｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	サアミオンが処方されていたが、他の処方内容からアレルギー性鼻炎の処方の可能性が高かったこと、用法用量もサアミオンの添付文書と合致しないこと、患者母への聞き取りでもサアミオンの適応にある症状はないことから、処方せんの薬品名が間違っていると判断し、疑義照会を実施。処方はサアミオンではなくザイザルの間違いであったことが判明し、処方が変更となった。	医師が処方せん作成でPCへの薬品名入力の際、ザイザルと入力すべきところ、誤って候補にあがったサアミオンを選択してしまったのではないかと推定される。	処方せんに書かれた薬品名が患者の症状と合致しない場合には必ず疑義照会をする	サアミオン錠５ｍｇ	ザイザル錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	前回の処方箋受付時、アスベリンDS2%1.5ｇ３×で調剤。今回処方時に処方箋が散１０%1.5ｇ３×に変更になっており、前回と同じの用量より逸脱してしまう為散とDSの誤りと判断し疑義照会。	規格の誤りと考える。	個々に応じた１日量の把握と前回までの処方歴の確認			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
27	他薬局で帯状疱疹の治療。帯状疱疹後疼痛と推測され疑義照会	薬品名類似のため誤入力があったと推測	お薬手帳の確認	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
28	当薬局かかりつけの患者の処方箋を受け付けた際に抗生物質クラリス錠200mgが初回処方で60日分の処方日数であることに疑問を感じ、当該患者に症状を確認したところ花粉症による鼻症状であった。処方薬はクラリチン錠の間違いではないかと推測し、処方元に疑義照会し、変更となった。	医師の処方時のオーダリングシステムの処方ミスであると思われる	抗生物質の長期投与に関しては患者に確認後、疑義照会している	クラリス錠２００	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	定期受診時に、パタノール点眼液、アラミスト点鼻液と共にデベルザ錠20mgが追加で処方された。花粉症の症状が出始めているが、糖尿病も患っており、エクア錠を服用中。投薬時の患者との会話の中で、糖尿病の数値は改善傾向にある事と花粉症の薬が追加になることを確認。血糖コントロール良好の状態でのお薬の追加は考えにくい事、花粉症の内服が処方されていない事を踏まえDrにその旨確認し、デザレックス錠5mgの間違いであったことが判明した。	名前の類似から、処方を誤ったと思われる。	投薬時に患者様の話を良く聴き、経過を確認する。特に新規で薬の追加があった場合は、その経緯や症状、必要によっては検査値も確認する。	デベルザ錠２０ｍｇ	デザレックス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	平素より当薬局を利用されている患者さん。主に精神・心療内科の処方せんを持参されるが、今回は内科の処方せんを持って来局。処方せんにはセフゾン、アセトアミノフェン、フスコデ、トランコロンＰが記載されていた。精神・心療内科でラモトリギンを定時内服しておりトランコロンＰと相互作用があること、また患者さんに現在の症状を伺ったところ消化器症状がないとのことだったため内科処方医に電話にて疑義照会を行った。結果、トランサミン２５０ｍｇの入力間違いであることがわかった。	薬剤名（先発名）の名称が３文字目まで同じであることから、入力間違いに至ったと考えられる	患者さんの症状や併用薬を確認する。	トランコロンＰ配合錠	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
31	いつもの薬に追加でバファリンA81が頓用10回分処方されていました。今回検査でもされてたのかと思いお伺いしたところ、最近体の痛みがあって家にあったバファリンを服用したら少し楽になったのでついでにお願いしたと仰っていました。そこでバファリンとバファリンA81を間違えて処方したことに気が付き疑義照会を行いました。バファリンA81に疼痛に対する適応がないこと、患者さんは市販薬で対応することになったので処方も不要な件をお伝えさせてきただき、Drの許可を得て処方削除させていただきました。	今は経過措置薬品になってしまってますが、疼痛緩和の適応があるバファリンもあったのでそれと抗血小板薬のバファリンA81を間違えて処方してしまった可能性があります。	薬局では以前に似たようなケース(胃薬のマーズレンとうがい薬のアズレンの間違い)があったので、それから成分が同じものや名前に類似性があるものはしっかり患者さんから聞きとりを行って少しでも違和感や怪しいと思ったら一旦戻ってきて当たり前ですが必要に応じて普段から疑義照会も行うようにしているのが気付ける要因だったと思われます。			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
32	カリメート経口液２０％25ｇを、市立病院で服用されていた。→今までのクリニックを受診。カリメート散25ｇで処方された。→疑義照会し、カリメート経口液２５ｇに変更にｍなった。	カリメート散と、カリメート経口液２０％の間違い。	処方箋の確認。類似等注意していく。			カリメート散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	足創部の消毒目的でマスキン水　０．５％が処方された。添付文書で用法を確認したところ、皮膚創部の消毒に使用する場合0.05%のものか0.5%を希釈して使用する必要があり希釈指示なかったため疑義照会を行ったところ、処方変更で0.05%規格の者に変更となった。	%の違いによる使用方法の違いについて見落としていた。処方箋への記載ミスも考えられた。	適応部位の確認	０．５ｗ／ｖ％マスキン水	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
34	カルデナリン錠（0.5）3錠分3毎食後が処方に追加になっていた。カルデナリン錠の通常の用法と異なり、患者様にも受診時の話を確認。手の冷えの話はしたが、その他の話はなかったと確認問い合わせを実施したところ、カルデナリンとカルナクリンの間違えであった。	薬剤を頭文字2文字で入力、選択したために別の物を選んでしまったと思われる。	薬剤の追加、変更があった場合には、患者さんの受診時の内容、用法と一致しているか確認している。	カルデナリン錠０．５ｍｇ	カルナクリン錠２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
35	アミティーザとアムロジンが新規処方追加になったがアムロジンの初回投与量、用法について疑問があったため疑義照会を行ったところアムロジンの処方はないとのことだった。アミティーザのみの処方追加であった。病院の電カルでアミティーザとアムロジンが並んでいたため一緒に入力されてしまったと思われる。	病院スタッフの確認不足	患者にしっかり話を聞き、投与量など疑問点は必ず疑義照会する。			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
36	アコファイド（100）、イトラコナゾール（50）、タケキャブ（10）、ストロカイン5ｍｇ（屯用）が処方された。腹痛と推察され、その際に抗真菌薬が処方されるストーリーが思い浮かばず、もしかしてイトプリドを出したかったのかもしれないと思い至った。電話にて医師に疑義紹介したところ、イトプリド50ｍｇに変更になった。	医療機関で頭の２文字を入れて変換されたのがイトラコナゾールだったと推察される。インフルエンザとコロナの感染者が多く混雑していたためすり抜けてしまったようだ。	処方内容に矛盾がないかよくかんさつする	イトラコナゾールカプセル５０ｍｇ「ＳＷ」	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	ロスバスタチン１０mgが新規処方。患者はピタバスタチン１ｍｇを前回処方より服用開始。同処方にも記載あり。薬品名間違いを疑い、疑義確認後ロラタジン１０ｍｇに変更となった。	カルテの記載ミスもしくは処方箋記載時に名前入力間違いがあったのではと考えられる。	処方監査の徹底、同系列の重複、似た名前の薬剤はmgのチェックも徹底する。	ロスバスタチンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	ロラタジン錠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
38	フロベン錠４０ｍｇ処方されていたが、その他解熱鎮痛剤も別途処方あり。消火器症状の処方薬としていつも出される内容と異なる、また、普段使用しない薬剤であった為別剤処方意図があるのではと疑義照会	フェロベリン配合錠処方される予定が処方箋上フロベン錠にしてしまったと思われる。	今回類似薬が処方せん記載ミスで出た為、類似薬注意喚起を薬局内で確認した。	フロベン錠４０	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
39	新規受診の患者。タリオン５ｍｇ　２Ｔ/日の処方。用量が少ないため、症状を確認。痛みで受診していた。疑義照会し、タリオンではなくタリージェの間違いであった。処方入力者が誤って入力したようだ。	最初の2文字が同じなため、処方入力時に間違ったと思われる。	患者の症状と処方内容の確認を怠らない。			タリオン錠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
40	０歳の患者様にツロブテロール１ｍｇが処方されたが０．５ｍｇへ変更となった。	カルテから処方箋への転記ミス	都度確認する。			ツロブテロールテープ１ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	定期薬として、チラーヂンS50μｇが朝食前に処方されている患者さんであったが、朝食後にチラーヂンS25μｇとチラーヂンS12.5μｇが追加処方されており、朝食前と朝食後に同効薬が規格違いで処方されていた。患者家族へ確認したところ、チラーヂンを減量するとだけ聞いているとのことで、チラーヂンS50μｇの処方削除忘れを考え、朝食後へ用法変更も一緒に電話確認したところ、処方削除忘れと朝食後への用法変更であることが確認された。	処方医の用法変更時の変更前の薬剤削除忘れ。	チラーヂンなど、用量変更が行われやすい薬については、普段から処方監査への気配りと、患者への用法用量変更の確認が必須である。			チラーヂンＳ錠５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	【般】ラモトリギン錠２５ｍｇが処方に記載されていたが、前回の薬がイリボー錠２．５μｇだったため、投薬時に患者との確認をしたところ変更なくイリボーのはずという回答だった。疑義照会をしたところ、ラモトリギン錠はイリボー錠に変更になり、前回から処方変更はなく治療は継続となった。	一般名がラモトリギンとラモセトロン（イリボー）と酷似していることから医療機関側のシステムで「ラモ」で入力してしまったのではないか？と考えられる。	薬歴の確認と患者への適切な聴取をすることで、事象は回避できると考えている。	ラモトリギン錠２５ｍｇ「トーワ」	イリボー錠２．５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	症状を確認したところ、処方薬の適応と相違したため疑義照会した。	処方薬の確認不足。	症状の聞き取りを行い、処方薬の適応と合わせる。	ハルシオン０．２５ｍｇ錠	ハルナールＤ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
44	投薬時、患者の症状を確認していたところ、咳の症状はなく、耳鳴りがひどくずっと続いていると聞き取りした。アストミン錠１０ｍｇは咳止めであり、耳鳴りには効果ないため、疑義照会を行った。アストミン錠１０ｍｇ→ストミンＡ配合錠へ変更となった。	アストミン錠１０ｍｇと処方に記載あったが、患者の症状を確認したところ、咳の症状がなかった。耳鳴りがあるということで、処方される薬剤が間違っている可能性があると判断し、疑義照会を行った。アストミン錠１０ｍｇとストミンＡ配合錠を間違えて選択した可能性があると判断した。	患者の症状確認を行い、症状と一致しない薬剤が投薬されている場合、疑義照会を行うこと。	アストミン錠１０ｍｇ	ストミンＡ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	ゾフルーザが処方された患者様に、ロキシスロマイシンが処方された。普段ロキソプロフェンを出す医療機関だったため疑義照会を行った。	医師のカルテから入力する際に名称を見間違えたと考えられる	処方箋がすべて正しいと思わず疑うことも必要と職場内で共有した。	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「日医工」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
46	定期の内服薬が40日分処方であり、普段からレルベア100エリプタを併用している患者さんだが、100エリプタ30吸入と200エリプタ14吸入が処方箋に記載されていた。最初のFAX処方箋で記載事項について疑義照会したが、30吸入と14吸入どちらから吸入しても良いとの返答だった。家族が来局された時、特に喘息は悪化してないとのことで、薬局内に14吸入の在庫がなかったことから、30吸入だけお渡しして、14吸入については後日お渡しすることで、帰宅して頂いた。再度Drへ確認したところ、Drの処方記載ミスで、100エリプタの30吸入と14吸入の処方の予定であったと確認できた。	処方日数合わせのための30吸入と14吸入の処方であったが、処方意図とは異なる規格が処方箋に記載されていた。	内服の処方日数と、エリプタ製剤の吸入回数については、過不足がないか、規格違いがないか確認が必要である。			レルベア２００エリプタ１４吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	母親代理で来局　アモキサンカプセル25　３C分３　フェキソフェナジン302C分２で各3日分の処方だった初めて服用される薬とのことで今までも抗うつ剤など服用したことあるか？またDr.からは何と言われたか？などお聞きし「中耳炎」と言われたとのこと　また処方箋も耳鼻咽喉科の処方箋だったためアモキシシリンの処方間違いではないかと思い疑義紹介後薬剤アモキシシリン250　３C分３に変更になった	アモキサン２５とアモキシシリン２５０が処方入力画面で近くにあったため入力間違えたのではないかと推定	処方箋監査の時点で不審な点があれば患者様から症状などの聞き取りを行い細心の注意をはらい確認をする	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た事例
48	イグザレルトＯＤ錠が初回のため、処方意図と10ｍｇが処方されていたためクレアチニンクリアランスを調べるために患者様へ確認をしたところ、コレステロールが高いから変更と聞いているようだった。クレアチニンクリアランスを計算すると54.99ml/minとなり、イグザレルトＯＤ錠10ｍｇ処方の対象者はクレアチニンクリアランス30～49ml/minのため用量過少。コレステロールが高いため処方変更との聞き取りだが、ゼチーア錠10ｍｇ削除となり、イグザレルトＯＤ錠が処方されていることにも疑問があり、イグザレルトの用量と処方の意図を確認するため疑義照会をした。その結果、イグザレルトＯＤ錠削除、リバロＯＤ錠2ｍｇに変更となった。	イグザレルトの一般名がリバーロキサバンであることから、処方入力の際に「リバ」と入力し、リバロを選択したかったところ、別の薬剤を選択した可能性がある。	処方変更に疑いがあるものについては必ず疑義照会を行い、処方意図を確認する。	イグザレルトＯＤ錠１０ｍｇ	リバロＯＤ錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
49	前回までノボラピッド注フレックスタッチが処方されていて、今回ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方されていた。 ノボラピッド注フレックスタッチはメーカー出荷停止品で、単位数に変更がなかったため、疑義照会してノボラピッド注フレックスペンへの変更間違えであると確認した。	医薬品の名称類似による入力ミス。	出荷調整品等のメーカー情報の共有を実施している。薬歴で前回内容と変更点がないか確認し調剤設計を実施している。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	e GFR59の患者にパキロビッドパック６００が処方された。照会後にパキロビットパック300に減量となった。	腎機能の確認漏れ	腎機能によって投与量が異なる薬剤のチェックを必ず行う。			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
51	ミヤＢＭ錠、フェロベリン錠、ブスコパン錠と共に対象薬剤のトランサミン錠が処方されていたが、投薬時に患者家族に聞き取ったっ症状とやや相違があり、念のため医師へ疑義紹介。トスフロキサシン錠に変更となる。	トラネキサム酸とトスフロキサシン錠の間違いか、若しくは家族が症状伝えた際に齟齬があった事が考えられる。	投薬時での聞き取りを今まで以上に丁寧に行い、少しでも疑念があれば躊躇わずに紹介するよう努める。	トスフロキサシントシル酸塩錠１５０ｍｇ「サワイ」	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
52	トラゼンタとニトラゼパムの誤り	処方医の確認不足	疑義照会と患者からの聞き取り	ニトラゼパム錠１０ｍｇ「ツルハラ」	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
53	タケキャブ錠10mgとオメプラール錠が一緒に処方されていたため疑義照会を行ったところ　オメプラゾール錠ではなくオルメサルタン錠10mgであることがわかった。	病院の入力間違い。名称類似。	患者に状況の聞き取りを行う	オメプラール錠１０	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	施設入居者の担当薬局が急に当薬局へ変更となった。処方の中にプレドニン錠５ｍｇ１錠朝食後、とあったが事前情報がまったくない状態でまずは入居者に挨拶に行ったところ、患者から「小さい錠剤が半分に割ってあった」と聞き取りを行った。調剤した薬を施設にセットする前に、施設に保管されていた前の薬局の薬情のファイルを確認したところ「プレドニゾロン錠２．５ｍｇ１錠」と記載されていた。クリニックに疑義照会を行いプレドニン錠５ｍｇ０．５錠へ訂正となり調剤しなおしてセットした。	施設に保管された前の薬局の薬情を見て初めて分かったのだが、今回薬局も病院も一度に変わっていた。病院がどのようなツールで情報提供を受けていたかは不明だが確認不足と推測される施設入居者の場合、保険証はもっぱらコピーされたものを施設からもらうばかりでマイナ保険証での確認が難しく薬剤・診療情報の閲覧ができない課題も浮き彫りになった。	患者からの聞き取りやお薬手帳や薬情を用いた確認の徹底。			プレドニン錠５ｍｇ プレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	ノボラピッド注フレックスタッチが出荷規制に伴いインスリンアスパルト製剤に変更していくことになっていた。ノボラピッド注フレックスタッチを使用している患者さんの処方がインスリンアスパルト製剤に変更されて処方箋に記載された際に院内採用外医薬品というコメント付きで【インスリンアスパルトBS注NE「サノフィ」】という記載で処方が書いてあった。そのような商品名の製剤はなく強いて考えるならば　ノボラピッド注ペンフィルの代替である　インスリンアスパルトＢＳ注カートＮＲ「サノフィ」の可能性があるのかと理解したが　本来この患者さんは　ノボラピッド注フレックスタッチを使用されていたので　「インスリンアスパルトBS注ソロスターNR「サノフィ」ではないかと考え　疑義照会した。やはり　既存で使用されている　フレックスタッチの代替品であることを確認し　調剤した。	院内採用外医薬品との注意書きがあったので　処方入力の際　商品名を手入力され　正式名称も不明瞭のままで発行されたと推定したが　問い合わせの上　やはり医師の手入力の間違いであることが判明した。	ノボラピッド関連製品のが限定出荷になる際に　　ノボから　変更に対する注意喚起の書面やオンライン説明会のお知らせの通知がきていた。弊社薬局で　ノボラピッド注フレックスタッチを使用している患者をリストアップし　代替調剤に関して準備していたので間違えにもすぐに気が付き　間違えることなく患者に交付できました。また　注入器が変更になるので　手技などの説明がきちんとできるように　動画もみて学習し資材もそろえていたので　慌てず対応できました。	インスリン　アスパルトＢＳ注カート　ＮＲ「サノフィ」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	初めてニトロペン舌下錠0.3mgの処方があった。処方医より新しい薬を試すようにと言われたが、舌下錠のような使用方法についての話はなかった。疑義照会を行いニトロペン舌下錠0.3mgからニトロール錠5mgに処方変更となった。	薬品名の類似性による処方箋記載の誤り。	処方された医薬品が当該患者さんに適しているかどうか、聞き取りをしっかり行うこと。錠剤でも服用方法がことなることがあるため、処方医からどのように服用するか指示がでているかを確認することの重要性を周知。類似する医薬品が誤って処方される可能性があることを改めて注意を行うよう薬局内にて情報共有を行った。	ニトロペン舌下錠０．３ｍｇ	ニトロール錠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
57	対象患者15歳にロスバスタチン錠2.5mgが処方されていた為来局者のお母さまに病名を確認した所、花粉症での処方と確認がとれたので疑義照会でロラタジン錠10mgへ変更となった。	年齢と薬と症状をきちんと聞き取り処方鑑査を行っています。	調剤鑑査、処方鑑査きちんと行っています。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロラタジン錠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
58	一般名でクロベタゾールプロピオン酸エステル外用液が今回処方、前回クロベタゾン酪酸エステル外用液だった。患者様になぜ変わったか聞いたところ変更することは聞いてないとおっしゃったので疑義照会。結果、病院が間違いだったことが発覚	医師が処方箋の記載間違った（名称類似のため）	患者様に聞き取り、不明点などあれば、疑義照会を必ず行う	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	緑内障の患者で、左目緑内障症の手術をし、退院後初外来での処方右目に関して以下の処方ありグラアルファ　右目２回アイラミド　右目２回ビマトプロスト　右目１回 グラアルファ（グラナテック　＋　ブリモニジン）アイラミド　（ブリンゾラミド　＋　ブリモニジン）上記２剤とも合剤でブリモニジンが重複処方のため確認 確認後　アイラミド　→　ブリンゾラミドに変更されています	合剤で入っている薬剤が分かりづらいため、重複投与に気づかなかった可能性がありますまた疑義照会時、最初は「処方通りで」と言われていたが、合剤であることを説明し変更になったので日頃あまり合剤を処方しなれていないのかもしれません	メーカー（千寿製薬）よりいただいた「緑内障治療配合点眼薬の主成分およびその分類」で合剤の成分を確認し、重複がないかなどチャックしているまた自分自身も中に入っている薬剤名を紙に書きおこし確認している	アイラミド配合懸濁性点眼液	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
60	アスパラギン酸Ｃａ錠200mgが処方されていたが、患者家族に投薬時に話聞いたところ、採決結果よりカリウム数値低いので、カリウムを補う薬処方しますとの話があった事確認。カリウム製剤ではないので、疑義照会実施したところアスパラカリウム錠３００ｍｇに変更になった。	処方薬を選択する際にアスパラまで入力し、誤選択してしまった。処方内容の確認不足。	投薬時などに症状の聞き取りを実施。	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
61	４歳女児にアモキサン細粒１０％が１日３ｇで処方されていた。処方量としても多く、同時に耐性乳酸菌が処方されていたことから、アモキシシリン細粒１０％を処方する意図ではないかと考え、疑義照会した。	医院の電子カルテで処方薬剤を入力する際に、【アモキ】の３文字を入力すると表示される薬剤名から処方薬剤を選択する時に、違う薬剤を選らんだと推定する。疑義照会した際に、処方医も違う薬剤を選んでいたことに気づいていなかった。	処方箋の薬に間違いはないと思いがちだが、電子カルテの処方箋入力時に、似た名前の薬を選択する可能性があることを頭に入れておく必要がある。小児の場合は特に年齢体重からの処方量を常に把握し、処方箋に記載された他の薬剤も含めて医師の処方意図を汲み取り、監査をすることを改めて確認した。	アモキサン細粒１０％	【般】アモキシシリン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	他院から転院されてきた患者様。当薬局にも初めて来局された。持参されたお薬手帳にフェロ・グラデュメット錠の記載があったが、持参された処方箋にはフェロジピン２．５ｍｇが記載されていた。患者様からのお話で今後は近くの病院で薬をもらうように指示されていたため自宅近くの病院を受診されたとのこと。	名称類似のため入力の際に誤って処方されたと思われる。頭３文字「フェロ」が同一のため。	転院されてきた患者様は薬局内にカルテもないので、患者様が持参されたお薬手帳の確認、どのような薬が処方されるのか丁寧に聞き取りを行う。	フェロジピン錠２．５ｍｇ「武田テバ」	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
63	皮膚炎に対してベタメタゾン錠1ｍｇ/日で服用していたが、処方がプレドニゾロン25ｍｇ/日に変更となっていた。患者応対時に症状について確認したところ、増悪はなく、処方薬をやさしいものにすると医師より説明があったと聴取した。疑義照会の結果、プレドニゾロン錠25ｍｇ→5ｍｇ/日へ変更となった。	処方オーダー時に、プレドニゾロン錠1ｍｇ　5錠とすべきところをプレドニン錠5ｍｇ　5錠とまちがえてしまったと思われる。	処方薬変更時などは変更の理由や医師の説明などを患者から聴取し、内容が合致しているかどうかを確認する。			プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
64	ベザフィブラートを服用されており、今回　薬を変更になり、パルモディアが処方、飲み忘れ防止の為　1日1回服用のパルモディアXR0.4mgが処方されていた。初回投与量が、オーバーしていることに気付き　疑義照会し、パルモディアXR0.2mg錠に変更となった。	医師が　入力する際に、パルモディアXR0.4mg と0.2mgを入力間違いしたと思われる	初回投与される際は　特に　初回投与量を確認する。			パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ	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
65	新規で（般）イミダプリル塩酸塩錠（５）処方あり　患者に状態確認したところ手の震えでパーキンソンの方にも使う薬だすと説明あった旨話あり薬剤相違の可能性あり疑義にて（般）ピペリデン塩酸塩錠１ｍｇに変更になる	Ｄｒはカルテにタスモリンと記載　医事はそれを見て一般名処方の入力時にタナトリルの一般名を入力し処方箋発行経緯タスモリンは商品販売中止の為　同一商品なく商品名の類似で間違った一般名処方を選択したと思われる	新規薬剤処方時の聞き取りの徹底を実施	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「ＮＩＧ」	ピペリデン塩酸塩錠１ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	引継ぎで別の病院に受診された患者様の処方内容を確認したところ今まではランタスXRで処方されていたが、ランタスに変更されていた。患者様ご本人は特に変更の説明を伺っていないとのことで処方された病院に確認したところ引継ぎの手紙にはランタスで指示があったと判明したので引継ぎ前の病院に確認したところ引継ぎ内容に誤りがあったことが判明した。	ランタスとランタスXRは類似した名前であったので記載ミスが起こったと考えられる。	今回の患者様は普段から当薬局に来られる患者様であったため、すぐに判明したが、初めて来られる方や普段は来られない方の場合お薬手帳がないと見逃す恐れがあったので普段から患者様に手帳を持参するようより一層声がけが必要と感じた。	ランタス注ソロスター	ランタスＸＲ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	初めて来局されてシンメトレル（50）と記載のある患者。薬を交付する際に、今までスタチン系の服用で副作用が出ているので、別の薬を出してみましょうと言われたとの事。シンメトレルには、コレステロールを低下させる作用がないため、処方医が別の薬剤と誤って処方を出している可能性を疑って、疑義照会を実施。シンメトレルではなく、シンレスタールの誤りだった	土曜日だったが、処方元は大変な混雑をしている状況だった。また、この処方医からシンレスタールの処方を受けるのは二回目で、普段あまり使わない薬であったことから、処方選択を誤った可能性が考えられる当該患者は、別の薬局に最初行っており、そこでは在庫がなかったために、紹介という形で来局された。そのため、処方前での鑑査では確認できず、交付をする際に疑義照会になった	普段処方されていない薬であれば、診察時にどのような話をしているかを確認する	シンメトレル錠５０ｍｇ	シンレスタール錠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	
68	他医療機関でリスペリドン錠１ｍｇが処方されている。今回精神科受診時にリスペリドン内用液が処方されており同薬剤の重複を確認。医療機関に確認したところリスペリドン錠服用中であることを把握できていなかったため処方削除となるはずだったが、家族の方来局より錠剤より内用液の方が飲みやすいとのことだったため処方変更せずそのまま内用液をお渡し。２つの医療機関ともリスペリドン錠中止して内用液に切り替えた旨を共有。	医療機関の薬剤情報収集漏れ	薬歴、手帳、聞き取りから同効薬の重複の有無を確認			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
69	４歳女児に対し、アスベリン散１０％３ｇ／日処方あり。１０倍量と過量であったため、疑義照会実施。０．３ｇ／日へ変更となる。	処方レセコンで体重量チェックなど引っかからない仕様だった可能性あり、また、アスベリン１０％散とDS２％との混同などの可能性も考えられる。	処方監査時など、１日成分量を記載することで年齢に対して過量かどうかの判断をチェックし、その後の作業者が行えるようにしている。			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
70	ジクアスLX点眼液が1日6回の用法でA大学病院より処方された。添付文書と用法が異なることに加え、今まではB眼科医院にてジクアス点眼液を1日6回の用法で処方されていたため、電話にて医師に用法違いなのか薬品違いなのか問い合わせした。用法違いとのことであり、患者高齢のため1日3回点眼ですむジクアスLX点眼に変更するとのことであった。	ジクアス点眼液とジクアスLX点眼液は名前が類似しており、処方時に十分確認されなかったと思われる。	名称が類似している薬剤や規格違いの薬剤については、スタッフに周知することに加え、外箱に赤丸で注意喚起しておく。			ジクアスＬＸ点眼液３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	ロキソプロフェンナトリウムも継続して飲んでいたが、風邪で受診し、痛みがあるので、ロキソニンを処方成分重複のため問い合わせ	今回の処方の薬だけでなく、併用薬のきちんと確認する	薬歴や手帳などで、併用薬はしっかり確認していく。			ロキソニン錠	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
72	【般】クロナゼパム５ｍｇ　２Ｔ　分２　が処方されたが、1日量が多く、そもそもクロナゼパム錠には５ｍｇの規格が存在しない為問い合わせ。クロチアゼパムの間違いであった。	一般名が酷似しているため、勘違いしたと思われる。	規格・容量が多いときは、年齢も考慮し、疑義照会を行う。	リボトリール錠０．５ｍｇ	クロチアゼパム錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
73	風邪症状あり、患者母来局。タンニン酸アルブミンが新規処方されていたため、下痢症状の経過をお聞きした。ところが、患者本人に下痢症状は全くなく、処方医は、「目やに症状あるので目薬を処方する」とおっしゃってたと思うと回答。処方せんと患者様の情報に齟齬があるため、処方内容確認のため、疑義照会実施。結果、タンニン酸アルブミンとタリビッド点眼液の入力ミスが判明。タリビッド点眼液に入力訂正となった。	タンニン酸アルブミンとタリビッド点眼液は名称類似であり、入力ミスが起こってしまったと考えられる。	患者様から得られた情報をもとに処方せんの情報を鑑査し、もし誤りあるいは疑問点のある場合は疑義照会を行う。薬の処方間違いのないよう鑑査している。	タンニン酸アルブミン「ＶＴＲＳ」原末	タリビッド点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	ゾコーバ125mgの処方。患者様の母親がインフルエンザに罹ったとおっしゃっていた。処方箋にもFICのFとIに〇がついていた為、クリニックに電話により疑義照会を行う。結果、ゾフルーザ20mgの処方間違いだったことがわかる。処方変更となった。	頭文字が同じためドクターの選択間違いだと思われる。	患者様の病状の聞き取りに見合った処方になっているか処方監査を漏れなく行うよう心掛ける。	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
75	手書き処方にてロルカムの記載があったが投薬時に不眠の訴えがあり、処方ミスと思い疑義照会、ロゼレムに変更になりました	PCの操作ミス	投薬時に医師からどのような説明を受けたか？主訴は何かを必ず確認する	ロルカム錠４ｍｇ	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
76	初めて来局され問診した内容と処方内容に疑義が生じたので医師に確認したところ薬剤の変更指示がありました。	医師の処方入力時の確認不足	患者さんからの情報収集やお薬手帳より処方内容に不具合がないか確認を怠らない。	メルカゾール錠５ｍｇ	メリスロン錠６ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
77	１２歳患児に、アスベリン錠20ｍｇ　６錠分３での処方　の処方があり、多いのでは？と判断して、医師に疑義照会したところアスベリン錠20mg　3錠分３に変更となった	年齢確認の見落とし	とくに小児の処方については、常に、当日の年齢・体重と薬の用量を再確認するようにしている。			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
78	患者が泌尿器科の処方箋を持って来局した。ムコダイン錠500mgが処方されていた。本人への体調の聞き取りにより、ムコダイン錠の処方意図が不明であったため医師に確認したところ、ムコスタ錠100mgの間違いであることが分かった。	医療機関において、処方箋を作成する際に間違えたのが要因と考えられる。	引き続き薬局においては、薬剤服用歴や処方内容の確認及び患者からの聞き取りなどを徹底することとした。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
79	1/16　11:30に来局　1/13処方の処方箋受付。処方内に、ストロメクロール錠3ｍｇ2錠分２朝夕食後7日分があり、用量用法に問題があったため、患者様に確認。そもそも皮膚に問題は無く、受診は胃症状によるものとうかがった。疑義照会の結果、ストロカイン錠2錠分２朝夕食後７日分の間違いであると返答があった。	処方箋入力時に、「ストロ」で検索した結果、間違えてしまったのではないかと思われる。	処方箋鑑査時に、薬品の用量用法にも問題がないかチェックすること、改めて周知した。	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
80	前回同様、タプロス点眼液が処方されていた。投薬時患者さんに確認すると、前回のタプロスを使用後目の掻痒感などが出てしまい本日医師に相談したところ、添加物がないタイプに変更します、と言われたとのこと。処方箋上は継続処方になっていたため、疑義照会にて確認。タプロスミニ点眼液に変更になった。	医師がカルテに反映し忘れ	患者さんにしっかり聞き取りを行い、本当にｄｏ処方で問題ないのか、体調変化などをしっかり確認する。			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
81	帯状疱疹の患者に対してノイロビタンの処方あり。症状と薬効より処方内容が間違っている可能性があると判断+患者からの聞き取りだけは分からないので疑義照会。結果ノイロトロピンの間違いだったことが判明	皮膚科にてノイロビタン、ノイロトロピン共に処方されるケース在り。処方内容の確認不足。	類似名称による調剤過誤の事例は多々あり。類似薬品名の薬剤を分かるように一覧にするなどして意識付けをすることが重要。このような事例は欠勤者にも情報共有して対応していく。	ノイロビタン錠	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
82	小児患者様へ成人患者様と同処方がなされていた。	類似名称がある為、知識不足であると推定される。	患者様の年齢・体重をヒアリングの上疑義照会の徹底。			モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＮ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	生後６か月弱男児７ｋｇにアセトアミノフェン「ハチ」０．２５ｇ頓服処方があり、疑義実施。カロナール細粒５０％０．１ｇへ変更となる。	Dr体重換算量のミス、レセコン体重登録ミスなどが考えられる。	監査シートに各薬品ごとに体重量１日、１回量目安記載し、換算量が関わったスタッフにわかりやすく、判断しやすいようにしている。			アセトアミノフェン〈ハチ〉	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
84	これまでノボラピッド注 フレックスタッチ 300単位を使用していたが流通が滞り、ノボラピッド注フレックスペン300単位へ前回疑義照会して変更、調剤していた。今回再来局時、処方箋にはノボラピッド30ミックス注 フレックスペン 300単位で記載、前回疑義照会の際に病院でカルテの修正ミスが発生していたと思われる。	電話での疑義照会であった為、病院側でカルテの修正ミスがあったと思われる。単位数などには変更はなかった。腎臓内科であるため、インスリンの流通不安定な状態などは把握されているようだったが、口頭のみでの薬剤変更は危険だと感じた。	薬剤変更の際には薬歴を見ながら、なぜ変更になったのかを考えてから服薬援助へ進むようにしている。今回は、処方変更の違和感から患者様へ確認し、変更の話は聞いていないというお話から疑義照会できた。	ノボラピッド３０ミックス注　ペンフィル	ノボラピッド注　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
85	平素より当薬局をご利用の患者様。今回、定時薬に加えて、フェキソフェナジン/アレジオンLX点眼液/フルナーゼ点鼻液が処方追加になっていた。処方箋の記載内容を確認すると、アレジオンLX点眼液の用法が1日3回　両目となっていた。アレジオンLX点眼液は持効型のため用法は1日2回となっているため疑義照会を実施。1日2回　両目　点眼へと変更になった。	アレジオン点眼液は1日4回であり、医師がその印象のままLXの用法を検討し記載したため、1日3回になってしまったのだと推測される。	新規、追加の医薬品については、改めて用法用量を確認し、常に間違いがないかを確かめるように心がけている。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	内科クリニック定期受診中で前回までジャディアンス錠10mgが処方されていた患者に対して、今回受診時にジャディアンス錠10mgとトラディアンス配合錠APの2剤が処方。患者聴取では「血糖コントロール不良のため薬を変更すると聞いている」と確認。その上で成分の重複が見られたほか、ジャディアンス錠単剤で考えても保険適応上の成分量とは異なるため疑義照会。結果ジャディアンス錠10mgは削除となり、トラディアンス配合錠APのみの処方へ変更になった。	処方入力時の削除忘れ、ミスなどが考えられる。	病院ならびに薬局で採用している配合錠の成分と成分量について把握しておく。			ジャディアンス錠１０ｍｇ トラディアンス配合錠ＡＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	処方箋にセレギリン錠2.5ミリの記載があるが、当患者はパーキンソン病の現病歴はなく、前回までセレキノン（一般名トリメブチン）を服用していた。薬品名が類似していることから入力間違いが疑われるため疑義照会を行った。疑義照会の結果、これまでと同様にセレキノンを処方で良いことが判明した。	セレキノンがエフピーの成分名セレギリンと類似しているため医療機関側で処方箋入力の際に間違いが起こったと考えられる。	患者の背景、現病歴、診療科等の情報も参考にしながら、常に疑いをもって処方箋を読み解くよう薬局内でも事例の情報共有を行った。	エフピーＯＤ錠２．５	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
88	当薬局を平素からご利用の患者様。前回までエクア錠（ビルダグリプチン）50mg1日2回服用していたが、今回よりメトホルミンが配合されているエクメット配合錠HDへ処方が変更となった。患者様に過去にメトホルミンの服用歴はなく、添付文書の用法及び用量に関する注意事項に「ビルダグリプチン50mg１日２回の単剤治療より効果不十分な場合は本剤LDから投与開始」との記載を確認。HbA1cが7.6と高めではあるが、メトホルミンを初回から高用量で追加が必要な程度ではないと思われたため、疑義照会を実施。照会の結果、エクメット配合錠HDからエクメット配合錠LDへ変更となった。	処方医の知識不足、または確認不足。	用量の変更時、新規追加薬、配合錠への切り替え時には添付文書を確認し、適切な用量が選択されているか確認をする。また、検査値の急激な悪化等の要因も考えられるケースもあるため、患者様より医師との会話内容や説明の聞き取りを行う。			エクメット配合錠ＬＤ エクメット配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	病院、薬局とも初受診。目の周りのヘルペス感染により当該医薬品の使用歴あり。お薬手帳の持参は無く、口頭にてDrに説明したとのこと。処方はアシクロビル軟膏5%であった。塗布部位が目の周り。アシクロビル外用剤の処方に慣れておらず、調べながらの処方だったと患者から聞き取り。これらのことから本来はアシクロビル眼軟膏3%の処方だったのではないかと考え疑義照会を行った	初診であったこと、処方に慣れていない外用剤であったことが要因	外用剤は薬剤と塗布部位を確認し、違和感を感じたらまず患者さんと話をして詳細を聞き取ることが大切であると考える。その上で問題が解決しなければ疑義照会を実施すべき。			アシクロビル眼軟膏３％「ニットー」 アシクロビル軟膏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
90	パルモディア錠０.１ｍｇ　４錠/日　服用されていたが、パルモディアXR錠へ変更される際に、0.4ｍｇで処方するべきところを0.2ｍｇで処方。疑義照会により、0.4ｍｇに変更に。	徐放製剤への変更時に、換算量を見誤ったと思われる。	新しい徐放製剤が発売された場合、変更時に換算量が正しいかしっかり確認する。			パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ	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
91	新規処方にてヘルベッサーＲカプセル200mgの処方があり、初回から高用量であること、患者からの聞き取りにより記載間違いである疑義が生じ医療機関へ疑義照会を行ったとところ、ベザフィブラート錠200mgの記載間違いであったことが判明し薬剤変更に至った。	薬剤名の類似により、薬効の異なる薬剤の処方記載が生じてしまった。	薬剤の交付だけで終わるのではなく、服薬指導・聞き取り・検査値の確認など総合的に判断ができるよう業務に取り組む。	ヘルベッサーＲカプセル２００ｍｇ	ベザトールＳＲ錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
92	クラリスロマイシンが処方となるべきところ、ロラタジンでの処方だった	病院内でクラリスとクラリチンを誤って入力、その後一般名で処方箋印刷したと思われる	併用薬に抗ヒスタミン薬があったことから患者に確認を取り、抗生剤を処方すると言われたことを聴取して疑義	ロラタジン錠１０ｍｇ「ケミファ」	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
93	49歳女性。感冒症状あり。2日前にも一度来局しており、その際にはセフカペンピボキシルが7日分処方されていた。今回再びセフカペンが6日分処方されていた。追加で6日分処方されたことについて投薬時患者に尋ねると、「セフカペンで呼吸が苦しくなってしまったため他の抗菌薬をもらった」と聴取。副作用で変更したはずのセフカペンが処方になっているため病院に疑義。セフカペンを削除し、クラリシッド　５００ｍｇ　分1　朝食後に変更するよう回答あり。監査時にクラリシッドの用法用量が通常と異なることに気付き再度疑義照会。結果クラリシッドは削除、クラビット　５００ｍｇ　分１　朝食後　に変更となった。	処方箋入力時の確認不足、情報の伝達不足等があったと思われる。クラリシッドは、クラビットと名称が類似しているため入力間違いをしたものとみられる。	疑問に感じた点は必ず患者に聞き取りを行う。処方箋上の疑問点は疑義や患者への聞き取りで不明な点を解消してから投薬を行う。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	クラビット錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	ランタス注XRソロスター19単位で使用していた今回受診先でインスリングラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」に変更となっていた同量での処方 同じインスリングラルギン製剤ではあるが単位濃度が違うため切り替え時は低用量にする	今回は患者の話からも単位減量との事であった　疑義照会にて17単位となったので処方箋の打ち間違いかと思われます 患者様の記憶が無ければ発覚しなかった可能性もあり製剤の違いの認識をしっかり持つ必要がある	インスリン製剤の違い一覧作成			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
95	処方監査の際にアレジオンLX点眼液が１日４回になっていたので、アレジオン点眼液と勘違いしているのかとTELにて確認した。アレジオンLX点眼液の方法は１日４回→１日２回に変更になった。	専門外の処方だったため、薬剤に対する認識不足。	調剤録のチェックの際に、薬の内容や用法用量が適正であるか確認している。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
96	糖尿病の既往歴があり、トラゼンタ服用中かつインスリン製剤も使用している患者が持参した処方箋にリベルサスの記載あり、薬剤交付時の患者への問診の際、処方誤りが発覚。処方医へ疑義照会後リンゼスへ変更となった。	電子カルテでの処方入力の際、薬剤選択時のプルダウン操作での誤操作が考えられる。	今回のケースでは処方箋監査時にはトラゼンタからリベルサスへの変更との理解あり、薬剤交付時に患者からの情報収集できたため調剤過誤を回避できたと推測される。以上のことから処方箋監査だけではなく、服薬指導終了まで常に積極的な情報収集を心がけることが重要だと考える。	リベルサス錠３ｍｇ	リンゼス錠０．２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	前回処方よりランソプラゾールからタケルダへ変更処方。他にイグザレルトも処方あり、患者へ確認したところ胃薬変更すると説明受けたとの事。疑義照会でタケルダからタケキャブへ変更となった。	オーダリングシステムの入力ミス	前回処方から変更処方の際、変更内容が間違いないか患者へ確認を徹底する。	タケルダ配合錠	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
98	新規処方薬が出た患者に対して聞き取りを行った際、血圧については触れなかった。泌尿器の症状について相談していたとの会話あり。イミダプリルは適応症に泌尿器関連のものがなかったため処方医へ問合せ。イミダフェナシンの間違いと確認した。	名称類似品であり、頭文字３文字が同じであったことで生じてしまったと考えられる。	患者への聞き取りを強化し、新規処方の場合は注意深く確認する。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	イミダフェナシン錠０．１ｍｇ「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
99	リウマチの治療で、アザルフィジンを服用している患者様が、別の疾患が見つかり、別の医師にかかった。その医師は、お薬手帳を見て、サラゾスルファピリジン腸溶錠（５００）とサラゾスルファピリジン（５００）を同一の薬だと思い、いつもの薬としてサラゾピリン（５００）を処方した。薬局で、患者様のご家族に、潰瘍性大腸炎の疾患もあるか確認し、リウマチの治療をしているとのことだったので、病院に疑義照会をし、アザルフィジンに変更となった。	医師が、アザルフィジンの一般名　サラゾスルファピリジン腸溶錠と、サラゾピリンの一般名　サラゾスルファピリジンを同一の薬と誤った認識があったと考えられる。	患者さんの疾患は何かを把握し、適切な薬が処方されているか、常に監査する。	サラゾピリン錠５００ｍｇ	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	レバミピド錠が定期薬で処方されていたところ、レパグリニド錠が間違って処方された。	レバミピドとレパグリニドの呼称がよく似ていた	新規の薬が処方された場合、その処方経緯をしっかり確認する	レパグリニド錠０．２５ｍｇ「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	
101	心療内科にて、アレジオンLX点眼液が1日4回で処方されていた。アレジオンLX点眼液の用法は1日2回のため疑義照会を行った。その結果、1日4回から1日2回に変更になった。	アレジオン点眼液の用法（1日4回）と間違えたと考えられる。	専門外の科で処方された薬については、用法・用量について薬剤師が注意して確認を行う。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	ルプラック錠　3T　3×Ｎの新規処方にて、用法用量に疑義が生じたため、まず患者に新規薬の処方経緯を確認したところ、おなかの調子が悪いのでお薬をお願いされていることが分かった。ルプラック錠は利尿薬であるため、用法用量ではなく薬品名に誤りがある可能性があり、疑義照会を行った。ルプラック錠ではなく、ラックビー錠の誤りであったことが判明した。	処方入力時の変換ミス	新規処方薬があるときは処方経緯をしっかり聞き取り、処方監査を行う。	ルプラック錠４ｍｇ	ラックビー錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	今回よりアスパラカリウムが追加処方となっていた。患者から「先生にはカルシウムが低かったと言われたけど」とお伺いした。また、血液検査結果の用紙を拝見させていただくと、カルシウム値は7.7と低値であったが、カリウム値は今回測定されていなかった。処方医へ疑義照会したところ、アスパラカリウムからアスパラCAへ変更となった。	類似した薬品名の入力ミス	血液検査の結果が分かるようなら確認させていただく。薬の内容変更有無に関わらず患者からの聞き取りを徹底する。	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
104	21歳女性、眩暈の症状があり受診されたが、処方箋に[般]メマンチン塩酸塩錠５ｍｇと記載あり。眩暈以外の症状がないことを確認、疑義照会しメリスロン錠に変更となった。	メマリー錠とメリスロン錠の薬剤名が類似していたことにより、入力間違いが起きたと考えられる。	受診理由、症状、薬歴等を確認し、処方に間違いがないか引き続き確認を行っていく。	メマリー錠５ｍｇ	メリスロン錠６ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	遠方の病院で以前に処方され継続使用していた軟膏薬（混合）。調剤は当薬局にて行っている。今回その薬が足りなくなった為、近隣の病院へ受診し医師へお薬手帳を見せて処方を相談した。来局時はお薬手帳不持参。調剤前にステロイド剤が今回ストロンゲストであることに疑問を感じ、来局者（家族）に確認したところ、先述の旨をお話しいただいた。前回の薬歴を確認し、薬品の相違があった為、疑義紹介を行い変更となる。	病院からは、本人希望薬が院外採用品にない薬剤であったため処方入力時に名称類似薬として誤って選んでしまったとのこと。	かかりつけ薬局を目指すためにも過去の服薬歴なども確認した上で、あれ？と気づけるようにする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「日医工」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	通常大学病院から処方されている薬剤をクリニックで出してもらったと仰り患者様ご来局。ベネシッド錠が新規処方されていた。患者様に伺ったところ体調変化はなく、尿酸値の異常の話は聞いていないとのこと。普段服用されているメネシット配合錠の間違いではないかと疑われたため疑義照会。ベネシッド錠処方削除され、メネシット配合錠へ処方変更となった。	クリニックにとっては初めての処方薬となり、名称が類似していたため入力ミスが生じたものと考えられる。	新規の薬剤が処方されたときは患者様の体調や医師との話を伺うようにしているため、今回の処方間違いに気が付くことができた。	ベネシッド錠２５０ｍｇ	メネシット配合錠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
107	レボフロキサシン５００ｍｇが２８日分処方されていた、処方日数が長いため患者に確認したところ膀胱炎などはなく、花粉症の薬をお願いした。とのこと。電話で処方元に確認したところレボフロキサシンではなくレボセチリジン処方の誤りであった。	名前が似ている薬品と登録を誤った	患者から聞き取った受診内容と処方内容の薬剤が違う場合は医療機関に疑義照会を行う。	レボフロキサシン錠５０ｍｇ「サンド」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	蜂窩織炎で受診した患者に対し、レボセチリジン錠が処方されていた。当薬局が違和感を感じ、レボフロキサシン錠ではないかと疑義照会し判明。	病院側が処方箋発行の際に「レボ」だけで検索し誤って入力したと考えられる。	患者からの聞き取りや処方からの判断で疑いのあるものは必ず確認するようにする。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」	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
109	手術のため、他院から転院。　アドナ30ｍｇ錠　3Ｔ/3×で服用していたところ、転院後アドナ10ｍｇ錠　3Ｔ/3×に減量となっていた。　ご家族の方来局時に減量とは聞いていないとのことで疑義照会を行ったところ、30ｍｇ錠の採用がないため、アドナ10ｍｇ錠　9Ｔ/3×に変更となった。	転院後のDrとしてはMAX処方の必要はないとの判断もあったようだが、患者家族への説明はなく、患者家族は「同じように出す」と伺っていると認識されていた。　意思の疎通不足によると推定。	他院からの継続時は変更点など詳細まで注意を払って調剤している。			アドナ錠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
110	処方箋にエゼチミブ10ｍｇ杏林５０日分とエゼチミブ10ｍｇ６０日分の記載があり、お薬手帳で前回処方を確認したところ、前回はエゼチミブ10ｍｇ、エフィエント3.75ｍｇの両方とも６０日分の記載があった。残薬調整にてエフィエント3.75ｍｇを５０日分とするところ、誤ってエゼチミブ10ｍｇ５０日分としたため、エゼチミブ10ｍｇを重複して処方したと思われる。	処方入力の間違えではないかと思われる。	お薬手帳、薬歴を見て、処方内容は必ず確認する。	エゼチミブ錠１０ｍｇ「杏林」	エフィエント錠３．７５ｍｇ		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	
111	処方記載ではトリアゾラム錠0.25　3錠/分3となっていたが、用法用量的に明らかにおかしいので問い合わせしたところ、処方入力ミスであったことがわかりました。処方はトランコロン錠　3錠/分3へ変更されました。	医師の処方入力ミス	薬局側の調剤ミスや処方箋入力ミスだけではなく、医師も処方入力ミスがおこりうることがあることを念頭にいれて調剤、監査をする。	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日医工」	トランコロン錠７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	皮膚科にてストロカイン錠5ｍｇ１回４錠にて処方あり。患者様に病名を確認、疥癬更となった。	処方箋パソコン入力の際に頭文字３文字入力後の確認が不足していたと思われます。	処方内容と患者の背景を確認し、聞き取りと効能効果の異なる場合はいかなる時でも疑義照会を行う。	ストロカイン錠５ｍｇ	ストロメクトール錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	定期処方に【般】ベルベリン・ゲンノショウコエキス配合錠　1錠　分1夕食後　42日分が追加となっていた。商品名はフェロベリン配合錠で、在庫がないため事務員より薬剤師に連絡あり。薬剤師が患者様に薬剤追加の経緯を確認すると、鉄の薬を処方すると聞き取った。薬剤がおかしいと思い医療機関に疑義照会して確認し、フェロ・グラデュメット錠105ｍｇ　1錠分1夕食後42日分に処方変更となった。	コンピュタで薬剤を選択する時に薬品名類似のため間違えた。	患者聞き取りと追加薬剤の整合性がない場合、必ず疑義照会にて確認する。	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠１０５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	Aクリニックよりビアノアが処方されたが他クリニックより処方されていた。	患者さんへの確認不足。	患者さんとの情報を共有しお薬手帳の確認をする。			ビラノア錠	ヒューマンエラー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	緩和ケアの患者様の処方を受け取る。今回は主治医とは別の医師が処方していた。処方内容はメトプロロール錠20mg 1錠 1日1回朝食後、コメントにスキップ、時間変更可となっていた。定期で同じβ1ブロッカーのビソプロロール錠2.5mgが処方されており、またコメント及び吐気時にメトクロプラミド錠5mgが処方されていたため、メトプロロール錠ではなくメトクロプラミド錠の間違いではないかと思い処方医へ疑義紹介を行う。医師より入力間違い、メトクロプラミド錠が正しいと回答あり。	医師の電子カルテへの３文字入力間違いと推測される。	薬品名の最初の2-3文字が類似している際はこのような間違いが生じることを認識し、監査時は患者様の病態、薬歴を確認し正しい薬を出すよう改めて全員に周知した。	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	新規でユリスが処方されたが、尿酸値のことは何も言われていない。高いといわれたこともないとのことなので、処方医にその旨を報告したところ、オーダリングミスだったことが判明した。	規格のみあっていたので、単なる思い込みか？	新規の薬が処方されたときは、投薬時に聞き取りをしっかり行う	ユリス錠１ｍｇ	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
117	医師に照会し、【般】レボセチリジン塩酸塩シロップ用0.5% 5g→【般】レボセチリジン塩酸塩シロップ0.05% 5mL、【般】カルボシステインシロップ用50% 7g→【般】カルボシステインシロップ5% 7mL、アスベリン散10% 5g→アスベリンシロップ0.5% 5mLに変更となる。	医療機関側の要因	特になし	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」 カルボシステイン細粒５０％「ツルハラ」 アスベリン散１０％	レボセチリジン塩酸塩シロップ０．０５％「サワイ」 カルボシステインシロップ５％「タカタ」 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
118	呼吸器外科受診後に当薬局を利用、セレコキシブとキャブピリンが処方されていた、投薬者が新規処方のため情報収集したところ痛み止めと胃薬を処方するとの話で、血栓症等についての診断はなかったとのことで疑義照会を行ったところ、タケキャブへの変更となった。	キャブピリンがアスピリンとタケキャブの合剤なので、その関係での入力ミスかと思われる	新規処方で血栓予防薬等のハイリスク薬が処方された際は、投薬時にしっかりと診察時の医師との話の内容を聴取して確認している	キャブピリン配合錠	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
119	ジエノゲスト１ｍｇで継続されてされている患者さんに今回0.5ｍｇの処方だった。変更があったのはいつか？どういうことで変更になったのか伺ったところ変更はないはずとのこと。長期処方で３か月前だったので薬歴を確認初めに院内で３か月のんでからＲ４．９処方は院外だったとの記載があった。医師の説明なしに変更はないはずなので問合せし確認　医師の入力ミスであったと判明。無事変更なく１．０を投薬で来た。	変更時は患者さんにまず確認する　かならず確認する	変更時は患者さんにまず確認するかならず確認する			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
120	整形外科でジクトルテープ処方あり同効薬確認疑義にて削除となる	患者が整形受診継続されてるにもかかわらず他科でもあちこち整形の痛みを訴えDrが安易にシップを処方する	整形受診継続されてるなら他科でむやみにシップをもらわないよう指導			ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ＳＮ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
121	鑑査者が強さの異なるステロイド２種の混合処方に違和感を感じ、疑義照会を行った結果アンテベート軟膏ではなくアスタット軟膏へ変更となった。	医師はアスタット軟膏を処方したかったが、事務員が処方箋発行時に誤ってアンテベート軟膏で入力した可能性が高い。	前回の薬歴からもステロイド軟膏とアスタット軟膏の混合処方が継続しており、今回ステロイド部分を変更したかったのではないかということが予想され、より間違いの発見に繋がった。当たり前のことだが前回の薬歴との比較は必ず行う。	アンテベート軟膏０．０５％	アスタット軟膏１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	他院にてビラノア錠20mgの処方あり、医師に照会し、デザレックス錠5mgの処方は削除となる。	医療機関側の要因	特になし			デザレックス錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	担当医の異動（Ａ医院→Ｂ病院）に伴い転院した患者。お薬手帳よりＡ医院では酸化マグネシウム細粒83%、1日1.8ｇ、毎食後の処方だったことを確認。今回Ｂ病院からの初処方では、酸化マグネシウム原末、1日1.8ｇ、毎食後の処方となり、製剤の違いにより成分量が過量となっている疑いあり疑義照会。酸化マグネシウム原末、1日1.5ｇへ変更となった。	医師が異動後まもなく、採用薬の違いを見落とした可能性がある。	処方監査時は、過去の服用歴を薬歴やお薬手帳を用いてしっかり確認を行う。			酸化マグネシウム細粒８３％「ケンエー」 酸化マグネシウム「ＮＰ」原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	前回までアジルサルタン20とアムロジピン2.5が処方されていたが今回ジルムロHDに変更となったため血圧の上昇があったと思い血圧を確認したところ122と65で先生からもちょうどいいですねといわれたと返答があったため、疑義照会をおこなった。ジルムロLDに変更された。	カルテにはジルムロLDに変更と記載されており処方せん入力時に入力ミスがあったと思われる。	降圧剤等薬の減量や増量があったときは患者に軒あ値や医師からの説明を確認することを徹底した。			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
125	４歳の男児に対する処方箋。クラリチンレディタブ10ｍｇが処方されているが、その薬がないため調剤者は取り寄せなどの対応、一緒にでていた軟膏のmixの作成をしていた。鑑査者は年齢からクラリチンの量が多いことに気づき、問い合わせを行った。	医師の処方箋入力の際に薬剤の選択ミスがあったのではないかと思われる。	小児への投薬量を確認を怠らないようにする。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
126	平素より小児喘息および卵アレルギー症状にて通院中の患者様、当薬局で調剤していた。インフルエンザ罹患のため、近隣小児科クリニック受診。定時薬の手持ちが残り少なかったため、一緒に処方してもらえないか母親からクリニック医師へ相談した。医師は了承し、母親が持参した薬情を見てインフルエンザ治療薬とともに定時薬を処方。当該処方箋を当薬局へ持参。調剤を担当した薬剤師がビソプロロール錠の処方を見て不審に思い、母親へ確認し上記経緯を聞き取り。現在服用中の薬と今回処方を照らし合わせ、ビソプロロール錠を含め3剤、定時薬の処方誤りあり。	○メプチン錠50μg→メプチンミニ錠25μg規格の選択誤り。○フルタイドエアゾール→フルティフォームエアゾール薬剤名称頭文字2文字が共通。薬剤選択誤り。○ビソプロロール錠5ｍｇ→アンブロキソール錠15ｍｇもともとアンブロキソール錠服用中であったが、出荷調整考慮してビソルボン錠4ｍｇを処方しようとした可能性あり。薬剤名称頭文字2文字共通で薬剤選択誤りか。もしくはビソプロロール錠とアンブロキソール錠で語感がやや似ているため選択を誤った可能性もあり。	患者様からしっかりと聞き取りを行い、服用中の薬剤を把握する。処方内容が患者様の病態に対して適切かどうか処方監査を行い、不明点があれば本人に確認し医師へ疑義照会を行う。	メプチン錠５０μｇ フルタイド１００μｇエアゾール６０吸入用 ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「ＺＥ」	メプチンミニ錠２５μｇ フルティフォーム１２５エアゾール５６吸入用 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
127	８歳の小児に一般名フルチカゾンプロピオン酸点鼻液５０μｇが処方。通常小児は２５μｇなので疑義照会。類似名称の一般名フルチカゾンフランカルボン酸点鼻液に変更となった	名称がどちらもフルチカゾンで始まるので選択ミスしてしまったものと思われる	名称が似ていて間違いやすい薬と今までも認識していたが、病院での打ち間違いもありうると注意喚起した	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「三和」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
128	いつも当薬局利用の患者に、はじめてフェブキソスタット（20）2錠朝夕食後の処方あり。初回は10ｍｇ開始、１日1回服用の薬剤であるため疑義。フェキソフェナジン60ｍｇの間違いであったことが分かった。	電子カルテ入力時、「フェ」で入力し薬剤を選択し間違えた、もしくは薬剤の名前の勘違いと考えられる。	患者の病状、各薬剤の適正用法用量などをしっかり把握し、患者に健康被害の起こらぬように上記内容について周知し再度徹底した。	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「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
129	久々の来局患者にニトロダームTTS25r　14枚処方。狭心症の疑いは今までなく患者に受診目的を確認したところ、禁煙外来で受診したことを聴取。処方備考欄には禁煙外来のコメントがなかったが、病院医師にニコチネルTTSの記載間違いではないか確認。医師より電話でニコチネルTTS30 1日1枚　14枚に変更との返答をいただいた。	名称類似医薬品による入力間違いと思われる。	患者にしっかりと受診目的を聞くことで防ぐことが出来た為、新規薬剤に関しては投薬前に患者に確認する必要がある事を周知しました。	ニトロダームＴＴＳ２５ｍｇ	ニコチネルＴＴＳ３０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
130	処方箋を受け付けた際に在庫がない薬のため患者に確認したところ、骨粗鬆症の治療薬が処方されると医師より説明があったことを確認。疑義照会にてL-アスパラギン酸KからL-アスパラギン酸Caに処方変更となった。	処方入力時の誤りと思われる。	患者からの聞き取りを怠らない。類似医薬品名称が存在する旨を薬のカセットに注意喚起を記載。	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
131	「ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」　1日2回　2錠　10日分」と処方があり、用法不適により電話で問い合わせ。同じ用法用量で、薬剤が「フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「サワイ」」へ変更との回答でした。	名称が類似しているため、カルテ記載時に不備があったようです。	用法・用量の違和感や、他の薬剤との組み合わせ、患者さんへの症状聞きとりにより薬剤の記載間違いに気づけるようにしています。	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	ベタヒスチン錠6ｍｇの処方があったため、患者にめまいの症状があるかどうか確認したところ、めまいの症状はなくのどの痛みがあるとの返答であった。疑義照会の結果、メイアクトＭＳ錠100ｍｇに変更となった。	処方医が処方の際に、先発名のメイアクトとメリスロンで誤って入力したと推察される。	患者から主訴を確認し、処方医との不明な薬が処方された際には、疑義照会をかける。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「日医工Ｐ」	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
133	【般】フェントステープ１２．６ｍｇ　1日1回の処方。フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇに相当し、３日毎貼り替えの用法であり、また前病院でフェントステープを使用されていたことを聞き取り、疑義照会。フェントステープ６ｍｇ　１日１回　１回２枚に変更となる	転院されてきた方で情報の行き違いがあった可能性がある	用法用量の確認、また手帳やご家族からの聞き取りを行っています。			フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ＨＭＴ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	転院で、A病院で処方されていたフルティフォーム５０エアゾール１２０吸入用をB診療所からもらうことに。Bから出された処方せんではフルティフォーム１２５エアゾール１２０吸入の記載となっていたため、投薬時に確認。成分について増量するなど何も説明がなかったため、電話にて確認。A病院処方と同じフルティフォーム５０エアゾール１２０吸入が正しいことがわかった。	診療情報提供書からカルテへの転記ミス、もしくは入力間違いと思われる。	転院の場合は必ずお薬手帳にて、前回処方内容との変更点はないか比較を行う。			フルティフォーム５０エアゾール１２０吸入用 フルティフォーム１２５エアゾール１２０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	アルファロール散が削除となり、リマプロストアルファデクス錠へ変更となっていたが、来局した本人家族は粉を錠剤に変えると聞いてきたとのことであったため疑義照会。リマプロストアルファデクス削除となり、アルファカルシドール錠へ処方変更となった。	薬品名を「アルファ」で検索し、選び間違えたものと思われる。	類似した名称のあるものは特に注意して監査を行う。処方変更の際は変更の理由をよく確認し、疑義が生じた場合は疑義照会を行う。	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「日医工」	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
136	R6.2.13、１７時ごろ、当該患者様のお母さまが来局。処方箋を確認し体重（４２kg）を伺って入力準備を始めたところ、トラネキサム酸錠500mg、１日３回、１回１錠毎食後７日分の処方に目がついた。成人量と判断し、添付文書を確認。添付文書に小児用量が記載されておらず『実践　小児薬用量ガイド第３版』で用量を確認したところ『内服10 - 15mg／kg分３ - ４、シロップ400 - 1000mg分３ - ４（7 - 14歳）、適宜増減』とされており、血栓や頭痛、消化器症状などの副作用につながる可能性を考慮した。症状についてはのどの強い腫れであったため高用量処方もやむを得ない可能性もあったが、疑義照会は必要と実施し、同２５０mg１日３回毎食後の処方が正しいことが確認できた。	診察ではあまり話を聞いてもらえなかった感じがあると訴えられたこと、小児科受診が増えてきていることを考えると多忙であったこと、また病院内の入力ソフトで規格を間違えやすい状態にあったかもしれないことが原因と考えられた。	記憶に頼るのではなく都度参考文献を開き、用法容量が間違っていないか確認いたします。また先生に忖度するのではなく、疑問に思ったことは疑義照会し適切な医薬品を選択、調剤できるようにいたします。			トラネキサム酸２５０ｍｇ錠	ヒューマンエラー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	9歳患者　体重28kg前後ツムラ桔梗湯 7.5g 3×Nで処方あり。年齢に対して過量の可能性を考え、疑義照会⇒同薬 5g2×N朝夕食後へ変更指示あり	処方時に年齢確認を忘れていた可能性	小児に対する調剤時は、今後もより慎重に監査を行う。			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
138	医師は痛み止めのセレコックスを処方したかったが、誤ってセレクトールを処方してしまった。医師またはクラークによるPCなどでの選択ミスの可能性と思われる。	類似名称であるため操作ミスの可能性	患者さまとは、変更医薬品について、変更に至った状況や医師からどう説明を受けたかなどのお話をしっかり聞くようにしている。	セリプロロール塩酸塩錠１００ｍｇ「ＮＩＧ」	セレコキシブ錠１００ｍｇ「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
139	ゾフルーザ20ｍｇ　1錠　5日分処方ゾフルーザは単回投与の薬であるためタミフルではないかと確認。ゾフルーザ20ｍｇ　1日分に変更になった。	医療機関側の入力ミス。	調剤時に、単回投与の薬であるかは確認する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
140	デパケンR錠100mgからデパケン錠200mgに増量の処方変更。徐放錠から普通錠に変更となっていたため問い合わせしたところ、医師の薬剤選択ミスだった。	薬剤検索をすると徐放錠も普通錠も表示されるため、そこから規格のみ見て選択したものだと推測。	処方監査時は薬剤名の細かな違いも確認するよう徹底している。			デパケン錠２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	エプレレノン錠５０ｍｇの新規処方があったが、投薬時に話を聞いたところ胃の調子が悪いとのことで、処方医に照会したところ、テプレノンカプセル５０ｍｇの間違いであることが判明し処方変更となる。	薬剤名が似ているため、処方入力の際に誤ったのではないかと思われる。	投薬時にしっかり患者をコミュニケーションをとる。	エプレレノン錠５０ｍｇ「杏林」	テプレノンカプセル５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	メトホルミンＭＴ錠５００ｍｇが、６錠分３で処方。初回投与で、用量超過のため、別の薬剤師に声かけ。患者に状態を確認したところ、初めは血圧が低いから、血圧をあげる薬を処方してもらったと訴える。明らかに、血糖降下剤の処方ではないことが見受けられ、更に話を聞くと、めまいがしていることを確認。医療機関に問合せ、メリスロン（ベタヒスチン）へ変更となった。	処方する医薬品を選ぶ際に、類似薬品名のものを選んでしまった。	今回の情報の共有。疑義を感じたら、別薬剤師とも相談する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	いつも来局される患者で、いつもイミダプリル塩酸塩錠５ｍｇが処方されるが、今回イミダフェナシン口腔内崩壊錠０．１ｍｇが処方されていた。患者体調の変化をうかがうも特に変わりはないという。医療機関での入力ミスを疑い疑義照会をしたところ、いつも通りイミダプリル塩酸塩錠に変更となった。	医療機関におけるレセコンへの入力ミスと思われる。イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇの入力時に、頭３文字での検索によりイミダフェナシン口腔内崩壊錠０．１ｍｇが選択されたものと推察される。	いつもの処方内容と違う薬剤が記載されている場合には、患者にその経緯を確認し、担当医から何も話がなかった場合には疑義照会にて変更内容を確認すべきである。	イミダフェナシンＯＤ錠０．１ｍｇ「ＪＧ」	イミダプリル塩酸塩錠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
144	インフルエンザで受診の患者。１１歳で体重28ｋｇと伺っており、発熱時にカロナール500ｍｇの処方があった。先日、来局の際はカロナール200ｍｇだったこともあり用法用量を医師へ疑義照会。カロナール200ｍｇへ変更となった。今回手持ちもあったことからカロナール500ｍｇの処方は削除となった。	処方入力時にカロナール200とカロナール500の選択誤り	前回の薬歴、体重を確認する			カロナール錠５００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
145	スピロノラクトン錠25ｍｇ　1錠　朝食後　で新規処方患者様にお話しを聞くと頻尿の症状。夜間頻尿の場合は午前中にフロセミド投与することにより日中の排尿を増加させ夜間の排尿を減少させることはあるが、排尿が夜間に限ったことでなく、日中にも頻回と聴取したため疑義照会。スピロペント錠の誤りであることが発覚。	腹圧性尿失禁治療薬の「スピロペント」と利尿剤「スピロノラクトン」の名称類似による間違い。	患者様からの聞き取り内容と処方に疑問が生じた場合は類似名称薬剤の間違いである可能性があることをスタッフと共有することで、同様の間違いを防止できるようにした。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」	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
146	感冒薬複数種の処方内にアンブラーグ処方。違和感を覚え患者から受診内容を聴取。相違がみられたため疑義照会対応、変更となる。	アンブラーグ単体の用量、用法に誤りはなかったが当該処方は明らかに感冒に対応する内容であった。患者の主訴とも相反があり疑義照会対応の判断を行った。	必ず患者へ症状を確認し疑問が生じるならば医師への照会を徹底するよう周知している。	アンブラーグ錠５０ｍｇ	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	タプロス点眼液からタプコム配合点眼液に変更になったが患者からDrから変更ないと聞き取りしたそこで疑義照会を行いタプロス点眼液になった	クリニックでの打ち間違い・名称類似によるもの	患者からの聞き取りは非常に大事	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
148	7歳の患者にアスベリン散10%が2.3g/日で処方されていた。過量投与を疑い疑義照会を行ったところ、アスベリン散10%→アスベリンドライシロップ2%に変更となった。	医師の確認不足、知識不足	小児用量を覚えるのはもちろんのこと、医薬品の規格までしっかり確認する。			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
149	警察留置患者の処方でメソトレキセート錠２．５ｍｇが出ていた。来局者が代理人（警察官）のため、病状など詳細不明であったが、薬歴より以前他の病院でメトトレキサートカプセル２ｍｇの処方があり、該当患者がリウマチであることを確認していたため、メトトレキサートカプセルとメソトレキセート錠を間違えて処方した可能性があると考え、疑義照会。メトトレキサートカプセル２ｍｇに処方箋変更となった。	警察留置患者を診ている病院で他病院での定期処方薬を処方しようとした際、類似名称のため処方箋の入力を誤った。	頭書きや薬歴をしっかり確認し、疑問点があれば解消してから調剤する。類似名称薬がある薬には特に注意し、入力誤りの可能性がないか確認する。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサートカプセル２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラー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	久しぶりの来局。併用薬もなく、風邪処方のところカンデサルタンの処方あり。患者に確認したところ、高血圧の診断は無かったので疑義照会。セフカペンピボキシルの間違いであると確認し処方した。	処方箋入力時に先発名3文字入力などを行っており、ブロプレス錠とフロモックス錠が似ており入力ミスした。	処方監査、投薬時は症状をしっかり確認し適応を確認すること。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「ＳＷ」	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
151	前回　下痢嘔吐で受診。ドンペリドン、ビオフェルミン配合散、グルコンサンＫ２.５　処方。再受診時ドンペリドン、ビオフェルミン錠剤、オイグルコン２.５処方。オイグルコン２.５×３Ｔで用量も多く、患者に確認。血糖値が高いなど聞いていないため疑義照会。薬変更になった（ビオフェルミン配合散からビオフェルミン錠剤への変更は聞いていること確認）	グルコンサンＫを入力しようと検索時、共通のグルコでオイグルコンが候補に挙がり入力されたと思われる	新しい薬の時は医師からどのような症状や数値だと説明をうけたか聞き取りし、症状と薬が合っているか確認	オイグルコン錠２．５ｍｇ	グルコンサンＫ錠２．５ｍＥｑ		ヒューマンエラー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	前回処方　プレドニン錠５ｍｇ　６錠／日の患者、今回処方ではプレドニゾロン錠１ｍｇ　５錠／日となっていた。減量のペースが速いため疑義照会するとプレドニン錠５ｍｇの間違いであった。	規格の異なる薬剤のオーダ、間違い防止のため薬剤名を変えていたが防止できなかった	薬の特徴を把握して減量時に注意の必要な薬剤などをピックアップして監査に役立てる			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
153	交付時カチリをお尻のかぶれに使用するとご家族から聴取。使用目的に違和感を感じて疑義照会を行ったところ、カチリ(一般名フェノール・亜鉛華リニメント)→亜鉛華単軟膏10%に変更となった。	処方入力時に亜鉛華で入力し、選択間違いが起きたものと考えられる	カチリはフェノールを含み、肛門や性器周辺には刺激感が出ることを周知し、交付時に使用目的を確認する。処方せん上の記載ではカチリでも一般名で取違いが起きうることを共有しておく。	カチリ「ヨシダ」	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
154	プレドニゾロン酸１％　１５ｇ　１日１回朝食後１５日分の記載だった記載通りに計量しようとしたが、プレドニゾロン散を１瓶以上使用するため違和感を感じ、処方を見直した、プレドニン１５０ｍｇの１日量にはっとし、医師に問い合わせをした医師はそのままの量でよいといったが、１５０ｍｇの量で良いか、再度確認したところ、力価１５ｍｇで処方したつもりだといった１５ｍｇのところを１５ｇで入力されていた	他の調剤する薬がたまりはじめ、急いでいた注意散漫だった	どの処方でも、薬の量をよく確認すること注意を怠らないこと			プレドニゾロン散「タケダ」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
155	「ブロプレス4」3錠毎食後で処方あり。その他は感冒薬であった為、確認の為疑義照会。「ブロムヘキシン錠4ｍｇ」３Ｔ毎食後へ変更。	今回は添付文書と異なる処方（通常は1日1回）だったので発見することができた。日頃からの薬の用法や、その他にどのような薬剤が処方されているか、服薬指導時に患者との聞き取りが重要。	病院へこのようなミスがあったことを周知して頂く。薬局内でも日頃からの薬の用法や、その他にどのような薬剤が処方されているか、服薬指導時に患者との聞き取りが重要だと考えられる。	ブロプレス錠４	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	
156	ノボラピッド３０ミックス注ペンフィルとレベミル注ペンフィル、注射針の処方箋を持って初めて来局された患者様がいて、お薬手帳の記録では今までノボラピッド注ペンフィルを使用していたので、注射薬を変更すると医師から説明があったか患者様に聞いたら、そういったことは聞いていないようだったので、疑義照会にて、以前から使用しているノボラピッド注ペンフィルへ処方変更となった	他病院から診療所へ紹介され、初めてその診療所を受診したようで、処方入力の際に医師が勘違いしたか選択ミスしたかのどちらかだと思います（紹介状かお薬手帳で現在使用している薬を医師は把握していた模様）	処方元が変わっている場合はお薬手帳等で今までの処方と相違ないか特に注意して確認し、変更があったら患者様に確認してから調剤・投薬している	ノボラピッド３０ミックス注　ペンフィル	ノボラピッド注　ペンフィル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	処方箋には点眼点鼻リンデロンA液の用法が点耳となっており、添付文書でも確認したところ薬剤投与時の注意の項目で『中耳炎、鼓膜穿孔のある患者において、本剤の点耳、耳浴により、非可逆性の難聴が発現するおそれがあるので、耳内へは投与しないこと。』となっていた。医療機関へ疑義照会を実施したところ、『リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%』に変更となった。	処方医が名称の似ている『リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%』と『点眼・点鼻リンデロンA液』の医薬品の選択ミスがあったと推定される。	似たような成分の外用剤であっても、点眼・点鼻・点耳なのか用法に適した薬剤であるかの確認を徹底する。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	セレクトール錠200mgが処方されていたが受診理由は骨折で血圧や心臓疾患はなく、用法も保険適応と異なった為疑義照会を行い、セレコックス錠200mgに変更になった。に	医薬品名の類似	処方された医薬品が治療目的とする疾患と合致しているかを投薬にて問診を行い確認する	セレクトール錠２００ｍｇ	セレコックス錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	アスベリン散１０％　2.4ｇで処方されていたが、アスベリンドライシロップの間違いではないか？と疑義照会。アスベリン散0.6ｇに変更	アスベリンドライシロップを使い慣れているドクターが転勤で就任	規格・薬品名を確認する。			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
160	風邪の処方のなかにアンプラーグが処方されていた為不審に思い問い合わせを行った。その結果アンブロキソールとの入力間違いであったことが発覚した。	医薬品の頭3文字「アンフ」が同一であるため選択を間違ったことが考えられる。	処方内容と症状が一致しているか投薬時に確認をするよう徹底している。	アンプラーグ錠１００ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
161	今回、降圧剤をテルチアＢＰへ処方変更された。患者より処方変更はなく、血圧は安定している。前回と同じだとの主張あり。疑義照会にて前回ＤＯ処方のアジルサルタン２０ｍｇＤＳＥＰへ変更された。	原因不明ですが、処方入力ミスが疑われます。	処方変更された場合、患者認識との食い違いが無いか確認する。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	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
162	今まで、内科と循環器内科に受診しそれぞれで薬をもらっていたが、ご高齢でご家族が連れていくのが大変！とのことで１か所でまとめて薬を処方してもらう事に今回からなった。ワーファリン１ｍｇを３錠、０．５ｍｇを０．５錠の１日３．２５ｍｇで服用中、今回処方せんに１ｍｇを３錠、５ｍｇを１錠の１日８ｍｇで記載されていた。ご家族に確認したところ、増量とは聞いていないとのことで、疑義照会を行った。→今まで通り、ワーファリン１日３．２５ｍｇに変更になった。	紹介状などから今までと同じ用量のワーファリンを処方したつもりがパソコンの入力ミスなどで１日量を増量した事になってしまったと思われる。	今回の処方箋の内容のみではなく、お薬手帳の併用薬、ご家族の話なども考慮し、疑問点がある場合は投薬前に疑義照会を行うことを徹底する。			ワーファリン錠５ｍｇ 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
163	1歳1か月、体重10ｋｇの小児に対してレボセチリジンDS0.5%2.5g/日処方あり。疑義照会実施し0.5g/日に変更となった。	処方医の入力誤りと推測される。レボセチリジンシロップと用量混同された可能性あり。	処方鑑査の際、剤形や規格の類似にも注意して処方鑑査を徹底する。			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
164	カルボシステインシロップ　1.2ｍｌ/日・アンブロキソールシロップ　1.2ｍｌ/日　で処方あり。１９ｋｇの為疑義照会を実施。カルボシステインシロップ用５０％　1.2ｇ/日・アンブロキソールシロップ用1.5%　1.2ｇ/日へ変更となる	シロップとシロップ用での選択誤りと考えられる	用量薬品名を必ず確認する	カルボシステインシロップ小児用５％「トーワ」アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用０．３％「トーワ」	カルボシステインＤＳ５０％「トーワ」 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
165	整形の処方医からアスパラギン酸Ｋ３００ｍｇが処方でていた。整形なのでカリウム薬が出るのは不思議に思い、カルシウム薬の間違いではないか確認したところ、アスパラギン酸Ca２００ｍｇの処方間違いだった。	名称が似ているので、処方医か処方入力する方が間違えた？	処方医の専門診療科目とは異なる医薬品が処方された場合は注意する。	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	トラマールOD25ｍｇ開始の患者でむかつき防止のためプリンペランが平素同時に処方されるが、今回プリモボラン錠5ｍｇが処方されていた。名称も類似しており用法もおかしいため疑義照会。プリンペラン錠5ｍｇへ変更となった。	類似名称での記入ミスの恐れがあり。	門前で処方医の癖を把握することが違和感の発見につながる。	プリモボラン錠５ｍｇ	プリンペラン錠５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
167	臨時で受診され来局薬手帳より、エソメプラゾールの重複を確認疑義照会行い、処方削除となった	併用薬の確認不足	併用薬、SE，アレルギー歴の確認			エソメプラゾールカプセル１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	前医ではカルバマゼピンで処方されていたが、転院時カルテ記載ミスでカルバン錠で処方投薬時当人との会話情報より発覚、疑義紹介しカルバマゼピンに変更	転院時のカルテ記載ミス	特になし	カルバン錠１００	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
169	眼科の受診、加齢黄斑変性との診断。内服薬の処方。カルデナリン成分名ドキサゾシン０．５ｍｇ３Ｔ分３毎食後での処方。適応、初回処方量など使い方から、疑問に思い疑義照会。処方薬間違いが発覚。本来　カルナクリン５０ｍｇ３Ｔ分３毎食後での処方。処方箋が差し替えとなった。	病院でのカルテ記載時に、薬品名の入力ミス。一般名に変換され処方箋などに転記。別薬剤、入力ミスに気が付かず処方箋の発行。	適応症、処方量などを確実に確認を行っていく。	カルデナリン錠０．５ｍｇ	カルナクリン錠５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	8歳の小児に対して、プロトピック軟膏0.1%の処方があり、プロトピック軟膏0.1%は小児に禁忌の為、プロトピック軟膏0.03%小児用の使用を提案。　処方医はプロトピック軟膏0.1%が小児に禁忌であることに気づいておらず、添付文書の記載を説明したところ、プロトピック軟膏0.03%小児用への変更の指示があった。	医師の薬剤に対しての理解不足等	プロトピック軟膏0.1%の外箱に「小児禁忌」と書いた札をつけて注意喚起した。	プロトピック軟膏０．１%	プロトピック軟膏０．０３%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	1歳の患者にフルナーゼ点鼻液50μｇが処方されていたが、疑義照会により小児用フルナーゼ25μｇに変更となった。	電子カルテ記載の際に、医師が選び間違えた	小児に対する処方は適用量を確認する			フルナーゼ点鼻液５０μｇ２８噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	薬歴にてツムラ葛根湯にて呼吸困難の既往歴ありと記載。発熱にて受診。ツムラ葛根湯処方。疑義照会実施。ツムラ柴胡桂枝薬歴湯に変更の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
173	（Ａ整形外科）より退院後の初外来の処方内容，服用状況を確認。同一の処方を(Ｂ眼科)より元々服用しているため退院後は(Ａ整形外科)と(Ｂ眼科)分を合わせて倍量服用しているとの情報あり。患者は同じ処方と知りながらも不思議に思いながら２錠ずつ服用していたとのこと。入退院時の(Ａ整形外科)処方が追加であり重複しての服用が正しいのか入院時に（Ｂ眼科)の代わりとして処方しており倍量は過剰であり誤りであるのかを疑義紹介にて照会。紹介結果はＢ眼科)の代わりとして処方が正しく倍量の服用は誤りであり，服用する薬剤があるのであれば今回の処方は中止であるとの回答あり。結果として処方箋自体が削除となった。	原因として・入院時の持参薬が少量であり自宅に残薬がもうないものと判断されていたことによる退院後の重複・患者の理解不足、重複と不思議に思いながらも服用を続けてしまったことがあげられる。	入退院前後では処方の変更や残薬のズレなどが生じやすい。残薬状況及び服用状況に対し入念な聞き取りが必要である。			トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」 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
174	内科からセレキノン錠100mgが処方された患者。交付時に患者本人へ症状を伺うと「胃腸症状はない」とのことだった。セレキノンの処方で問題なかったか病院へ疑義照会を実施したところ、類似名のセレスタミン配合錠の間違いだったことが判明した。よってセレスタミン配合錠へ処方変更となった。	医師が処方時に類似名薬を入力してしまった。	患者への症状聴取を怠ることなく、処方薬が適切であるかを必ず確認する。	セレキノン錠１００ｍｇ	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
175	患者は他院からの紹介により門前クリニックへ受診。紹介状の情報をもとに門前クリニックが処方を発行。処方元の情報はタクロリムスカプセル１ｍｇ1C1×夕食後。実際の門前クリニックの処方はタクロリムス徐放カプセル１ｍｇ1C1×夕食後。お薬手帳と処方の薬剤相違のため門前クリニックの担当医師に疑義照会を行った。結果、徐放性製剤ではなく普通製剤へ変更となった。	用法が1回であること。また一般名の名前が酷似していることから処方入力の際、薬剤選択リストの選択を誤ったと思われる。	紹介により門前へ初来院、当薬局へ初来局された患者の処方は特に注意して何度も確認（紹介元の情報など）を行う。お薬手帳の情報と処方に相違点がないか確認し違いがあれば処方医に疑義照会を行う	グラセプターカプセル１ｍｇ	タクロリムスカプセル１ｍｇ「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
176	１０歳６ヶ月の小児にシングレア錠10mgが処方された処方箋を受け付けた。通常６歳以上15歳未満まではシングレアチュアブル5mgの用量のため電話にて医師へ疑義照会し、シングレアチュアブル錠5mgへ変更となった。	年齢、体重による用法用量が異なる薬に関しては、必ず患者年齢を確認する。	毎回、年齢により用法用量が異なる薬に関しては用法用量を確認してから調剤する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	前回処方よりザクラス配合錠LDが処方された患者様に、今回処方にてジルムロ配合錠HD「武田テバ」が処方された。お薬の規格が変更になっているため、患者様に普段の血圧の確認とお薬が変更（増量）になった説明を受けているか？と聞いたところ、増量も変更も聞いていないとのこと。血圧の具合も特に変わっていないことを確認したうえで変更した内容のお薬の服用で患者様の副作用発現やお薬の効きすぎによる体調不良の可能性があるため、処方医に変更で間違いはないかと電話にて問い合わせた。返答は、入力の間違いなので規格はLDへ戻すようにとのことだった。	本事例は門前医院との間で起こったことであり、当薬局では門前医院へ後発品の変更調剤をした際その内容をフィードバックしていた。前回処方はザクラス配合錠LDをジルムロ配合錠LDに変更したフィードバック報告をしていた。門前医院の処方入力者はフィードバックを受けて品名の入力を修正したと思われるが、その際に規格の入力間違いをしたと思われる。	処方変更の際は患者様に体調の状態と診察時のドクターの説明を聞いて理解しているかの確認を行う。特に患者様が聞いておられない場合、医院側の入力間違い等のミスの可能性も疑い確認を行う。			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
178	後で受け取りの方で再来局頂いた方。投薬時にお薬手帳を確認した所、他院でデキサメタゾン軟膏口腔用とポビドンヨードガーグル液7%の処方が出ていたことを確認。かかりつけ医の通院時に、「残薬が無くなったため同様のうがい薬をお願いした」と聴取。外用液が処方されていた為、疑義照会した所、入力ミスであったことが発覚し、ポビドンヨード外用液10%からポビドンヨード含嗽液7%へ処方変更となった。	処方箋入力時、薬品名の後半部分を確認せずに入力した可能性が考えられる。	薬品名の長い場合でも、見逃さないよう、外用液や含嗽用液と用法(回数、部位、コメント)等の形式的合致を改めて確認すること、同じ薬をお願いしたという患者様の言葉だけでの判断ではなく、お薬手帳の記録を活用して双方で確認していくことを周知した。			ポビドンヨード外用液１０％「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	平素より院内処方対応の処方箋だが感冒の臨時薬採用なしのため一時的に院外処方。使用経験のない医薬品であり、かつ、徐放特性が異なる薬剤であることを知らなかったため用法指示ミスの処方となった。疑義照会にて情報提供ののち用法変更対応を行った。	不採用医薬品処方のため医薬品特性の知識不足が要因。	医薬品特性含めた知識習得を図りすぐに対応できるようにしておく。			テオフィリン徐放Ｕ錠１００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
180	前回処方にて、ビタメジン配合カプセルが処方されたが、流通不良で手に入らないため疑義照会にてノイロビタンへ変更となっていた。本日、ノイロトロピン錠が処方されていたが、患者の話より、新たな薬が追加するとは考えられず、前回、照会にて変更となったノイロビタン錠が正しいのではないかと考え、照会を行った。しかし、医師からはそのままでと回答があった。納得できず、再度照会し、ノイロビタンへ変更となった。ノイロビタンも流通不良であったため、最終的にはビタノイリンカプセルへ変更していただいた。	前回の照会内容がカルテにきちんと反映されていない。流通不良で処方変更の頻度が増え、変更内容が煩雑になっている。	記録をきちんと行う。患者から聞き取りをしっかり行う。	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
181	グラナテック点眼、アゾルガ点眼を使用中の患者にザラカム点眼が追加処方。ザラカム、アゾルガにはチモロールマレイン酸が配合されているため重複となり疑義照会。疑義の結果、ザラカムはキサラタン点眼、グラナテックはグラアルファ点眼へと変更となった。	新規追加で配合剤が処方されたが、眼科処方では配合剤が多く使用されるため専門医でも重複処方が稀に存在するため今回はそのケースではないかと考える。	点眼薬の追加処方、切り替え変更時は成分重複が出る可能性が高いため、メーカー作成の点眼薬一覧や自局作成の点眼薬一覧で成分重複がないか確認してからの処方を徹底している。	ザラカム配合点眼液 グラナテック点眼液０．４％	キサラタン点眼液０．００５％ 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
182	以前からフルバスタチン錠10mg「サワイ」を服用している患者の処方薬がプラバスタチンNa錠10mg「サワイ」に変更された。疑問を持った薬剤師が患者から聞き取りを行ったところ、薬の変更されていないことが分かった。疑義照会を行ったところ、処方箋の入力ミスであることが分かり、元の薬であるフルバスタチン錠10mg「サワイ」に訂正された。	プレアボイド報告のためありません。	プレアボイド報告のためありません。 類似名称医薬品は多数存在する。特に同種同効薬に数多く存在するので表にまとめる等対策が必要である。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	フルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	風邪症状（のどの痛み）を訴えているのにトランデートが処方されていた。	医師による入力のミス（確認不足）	患者の症状等をしっかり聞き取り、処方内容に矛盾がないか確認を怠らない。	トランデート錠１００ｍｇ	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
184	半年ぶりの来局。一般名のグリメピリド錠３ｍｇで処方あり。患者様に服用中であるか確認したところ、初めて飲む薬で、少ない量から始めると医師から話があったとのこと。グリメピリドの開始用量は０．５～１ｍｇのため疑義照会を行った。ドネペジル錠３ｍｇの処方間違いとの返答あり。	処方箋は一般名だが、医師の入力は先発医薬品で行っている。アマリールとアリセプトの間違いと思われる。	薬用量、薬効の確認と、投薬時にも医師からの説明、服用歴の有無、病状を必ず確認する。	アマリール３ｍｇ錠	アリセプト錠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
185	リン酸コデイン散１０％６gで処方　麻薬処方箋としての規格も正しかったが１０倍量の処方であり１％と入力まちがいの可能性が高く疑義照会１％の誤りであったため訂正して調剤	規格が違うが名称が同じため選択を誤ったと思われる。	規格の選択ミスは起こりうるエラーのため適した用量になっているか規格が多数あるものは確認する。			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
186	一般名で「メトプロロール酒石酸塩錠20mg　1錠嘔気時　1回1錠3回まで　5回分」の頓服処方だったが、抗不整脈薬に対しての頓服指示が嘔気時であったこと、当該患者は不整脈の既往が薬歴にも記載なかったことから、メトクロプラミド錠と間違っている可能性に気づき疑義照会にて、メトクロプラミド錠5mgに処方が変更となった。	一般名処方の名称が似ているため間違って入力してしまったと考えられる。処方医ではなく、他のスタッフが医師の指示のもと処方箋入力しているのであれば、成分名の知識がなく処方箋確認時に気づくことができなかったと考えらえる。	頓服処方の場合、その処方薬と頓服指示に齟齬はないか確認するとともに、薬歴で現病歴や既往歴など確認して今回処方薬の使用に問題ないか、必ず処方箋監査を行ってから調剤している。	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「トーワ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	皮膚科門前Drから、一般名処方でドキサゾシン錠2ｍｇが処方された。事務員から、カルデナリンとカルナクリンの間違いそうな処方箋を受け付けましたと報告を受けた。当薬局では珍しい処方であった為、患者に血圧の薬を出すと言われたか確認を行ったところ、そんな話はないとのことであった。疑義照会を行い、カルナクリン錠25への変更となった。	カルデナリンとカルナクリンの名称類似と、その一般名であるドキサゾシンの処方入力ミスであると考えられる。	今回はたまたま見当違いの薬であったためすぐに気づくことができたが、今後も名称類似品は特に要チェックを行う。また、継続や新規に関わらずしっかり監査を行っていく。	ドキサゾシン錠２ｍｇ「サワイ」	カルナクリン錠２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	レトロゾールが定期薬の患者に、レトロビルが処方された。問い合わせして変更。	名前が似ているため。	処方箋の確認。	レトロビルカプセル１００ｍｇ	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
189	プレドニン錠5mg1錠1日1回で継続服用していた。今回プレドニン錠5mg4錠1日1回で変更となり、患者様本人に口頭で確認。減量予定との情報が得られたため疑義照会。プレドニゾロン錠1mg4錠1日1回へ変更となる。	薬剤名が似ていたため用量のみ変更してしまったためと考えられる。	今後も処方内容の精査、患者様からの聞き取りを慎重に行っていく。			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
190	平素より来局している患者様。今回、一般名でテルミサルタン40mg・アムロジピン5mg配合錠と手書きで記載あり。いつもは一般名でテルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド12.5mg配合錠の処方。患者様に薬が変更になったか確認を行ったところ、変更は聞いていないとのため、病院に疑義照会。いつも通りテルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド12.5mg配合錠の処方であり、書き間違いであることが判明した。	病院は手書きで処方箋を記載していたため、書き間違いが起こったことが考えられる。	普段と処方内容が異なったときは、患者様、病院に確認を行う。手書き処方せんのため、常に間違いがないか注意しながら監査を行う。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には定期薬の処方が２８日分と、一般名表記でレボセチリジン５ｍｇ１錠分１朝食後２８日分が書かれており、さらにレボセチリジンには腎機能低下があるため減量とコメントが書かれていた。先月まではジルテック１０ｍｇ１錠分1朝食後が処方されており、処方医がジルテック（セチリジン）とレボセチリジンを間違えていると思われた。腎機能低下時の減量では、レボセチリジンは２．５mg、セチリジンは５ｍｇであると服薬情報提供書で情報提供したところ、セチリジン１０ｍｇから５ｍｇへの減量するところをレボセチリジン５ｍｇと誤処方してしまったので、処方修正する旨、処方医より連絡があった。	主治医からは一般名が類似しているため、混同してしまったとの返答があった。	腎排泄型の薬剤は、腎機能低下時の薬用量を把握しておく。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「杏林」	ジルテック錠５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	レスリン錠２５ｍｇが処方された患者様が来局されたが、受診された理由を伺うと風邪症状で受診されたとのことだった。医療機関に疑義照会をした結果、咳止めのレスプレン錠２０ｍｇに処方変更となった。	医療機関による要因	来局された患者様に、どのような症状で医療機関を受診され、どのような薬が処方されるような説明があったかどうかの確認を徹底する。	レスリン錠２５	レスプレン錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	アイラミド配合懸濁性点眼液を処方するべきところ、アゾルガ配合懸濁性点眼液と取り違えて処方した。	配合剤の名称類似によるもの	配合点眼液が新規に処方された際、成分重複がないかチェックするようにしている。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	咽頭痛に対して、泌尿器科からトラムセット配合錠が２８日分処方された。患者聞き取りの際に薬剤師が違和感を感じた。おくすり手帳を確認したところ、他院にてトラネキサム酸の処方歴があったことが分かった。念のため処方医に疑義照会したところ、トラネキサム酸に処方変更すると回答があった。	泌尿器科受診の際に、咽頭痛もあることを訴え、以前もらった「トラなんとか」という薬を出して欲しいと医師に相談した。過去処方歴を確認したところ、泌尿器科で「トラムセット配合錠」の処方歴があり、医師はこれだろうと思い処方した。	薬歴、おくすり手帳の情報、患者からの聞き取りを十分に行い、違和感を感じた場合にはかならず処方医に疑義照会する	トラムセット配合錠	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
195	男性の患者。ラロキシフェン塩酸塩錠60ｍｇ3錠分3毎食後14日分と記載されていた。ラロキシフェン塩酸塩錠60ｍｇは、閉経後骨粗鬆症の方に使用される薬であること、また用法も1日１回の服用、通常男性への使用はないため疑義照会をした。その結果、リマプロストアルファデクス錠5μｇの誤りとのことで訂正となった。	処方入力する際に医薬品の選択ミスが生じたと思われる。	処方された薬の用法用量の確認に加えて、処方される性別にも注意して薬の調剤が必要と思います。	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「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
196	当薬局へ定期的に利用されている患者へ膀胱炎の止血目的でカルバマゼピン錠100mgが処方されていた。疑義照会を行ったところカルバゾクロム錠30mg　3錠分3毎食後へ変更となった。	頭文字3文字が同じことによる処方ミスのようだ。	引き続き処方箋から誤った処方がされていないか調剤、監査を行い、疑義が生じた場合は速やかに疑義照会を行うようにする。	カルバマゼピン錠１００ｍｇ「フジナガ」	カルバゾクロムスルホン酸Ｎａ錠３０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	以前より通院していた診療所の閉鎖に伴い、他院へ転院。転院先の診療所の医師の糖尿病治療に対する知識が不足しており、また薬剤名が類似していたために以前より処方されていた単製剤のノボラピット注フレックスタッチではなく、混合製剤であるノボラピッド注フレックスペンを誤処方されたと考えられる。	ノボラピッド注製剤に類似名のものが多く、医薬品マスタでの薬剤選択ミスが起きやすいと考えられる。また普段より糖尿病治療に関わっていない医師のため、各々のインスリン製剤の特徴を把握していないことが誤処方につながったと考えられる。	類似している薬剤名において、お薬手帳での薬剤名の確認を適切に行う。またインスリン注射の用法から正しい製剤であるかの推測を行うことも重要であると考えられる。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
198	介護施設の往診同行時に聴取した内容と処方内容に誤りがあったため照会した結果、病院での処方箋入力時に薬の名称を打ち間違えていたことが判明した。	病院内で処方箋を入力する際、入力した内容の見直しが疎かになっている可能性がある。	介護施設より聴取した内容と処方内容に誤りがないことの確認の徹底。似たような名称の薬剤を再度調べ薬局内で共有する。重大な副作用が出る可能性のある薬剤を薬局内で共有し、危機感を持って業務にあたる。	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
199	手の震えがあって定期受診時に、医師に伝えたところ、アテノロール25mgが処方された。監査薬剤師がアロチノロールの間違いではないかと気が付き、医師に電話で疑義照会を行った。処方したかったのはアテノロールではなくアロチノロールだということが判明し、変更になった。	類似名称に気を付ける。患者の訴えをおろそかにしない。	患者の訴えと処方薬に疑問が生じたら速やかに疑義照会を行う。	アテノロール錠２５ｍｇ「タイヨー」	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	医師は普段、去痰薬はカルボシステイン500ｍｇを使用していた。しかし、出荷調整中となり、アンブロキソール45ｍｇを処方したが、用法をカルボシステインやアンブロキソール15ｍｇと混同してしまった。	出荷調整により、普段使用しない薬を処方しなければならなかった。また、類似薬としてアンブロキソール15ｍｇも存在しており、処方時に混同してしまったと考えられる。	まず処方監査をしてから調剤を行う。特に新規薬の場合は注意して処方監査を行う。			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
201	風邪症状を訴える患者の処方に【般】カンデサルタン錠8mgが4日分処方されていたため疑義を行った。その結果ブロムヘキシン錠4mg　4日分に処方変更となった。	ブロムヘキシン錠を電子カルテに入力する際に、名称が似ているため誤ってブロプレス錠（一般名カンデサルタン）で入力されたと思われる。	投薬時の患者の訴えを確認してから投薬を行う。	ブロプレス錠８	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
202	処方鑑査時にユリス錠２ｍｇが初めて処方されていることに気付き、通常は０．５ｍｇから開始となるため疑義照会を行いユリス錠０．５ｍｇへと変更した。その後服薬指導の際に患者本人より「尿酸値は高くない」との申し出があったことから血液検査の結果を確認したところ、尿酸値は５．０であり数値に問題がなかったことから薬剤間違いを疑い再度疑義照会を行った。その結果、排尿困難の訴えによりユリーフ錠２ｍｇを処方したつもりであったことが発覚した。	ユリス錠とユリーフ錠で頭２文字が重なることから処方薬選択時に誤ったものと推測される。	新規薬剤が処方された際には患者本人もしくは家族からその経緯を聞き取り、処方薬との齟齬がないかよく確認する。	ユリス錠２ｍｇ	ユリーフ錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
203	【般】ゾルピデム錠（10）　頭痛時　５回分　と記載の処方箋応需。片頭痛にて平素から当薬局を利用されていた患者であったため、名称が類似しているゾルミトリプタンと間違えている可能性があったため疑義照会のもとゾルミトリプタンへ変更。	成分名の名称類似	頓服指示内容と薬剤名を商品名・成分名どちらも把握しておく	マイスリー錠１０ｍｇ	ゾーミッグＲＭ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
204	アムロジピンOD、アンブロキソール徐放錠ODともに1錠分１で服用中の患者。アンブロキソール徐放ODが1錠分１から2錠分２に変更になっていた。患者に本日の体調や診察時のお話を確認したところ、血圧が高く量を増やすように聞いたとのこと。疑義照会したところ、アムロジピンOD錠2錠分２へ変更（あえての1日2回）アンブロキソールは1日1回へ変更となった。	増量する薬剤を間違えて変更したと思われる。	変更の確認、患者からの聞き取りをしっかりと行い、患者に健康被害のないように業務を行う。			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
205	２歳の小児が風邪で医療機関を受診し処方箋を持参。ポララミン散1%0.16ｇとアスベリンＤＳ2%0.25ｇ（混合）（分３毎食後）とムコソルバン液0.75%6ｍｌ（分３毎食後）が処方されていた。アスベリンＤＳの用量が少ない事、ムコソルバン液は適応が成人のみであり、また６ｍｌは成人量である事から医師に疑義照会を行った。その結果、アスベリンＤＳ⇒アスベリン散10%0.25ｇ、ムコソルバン液⇒ムコソルバンシロップ0.3%3.3ｍｌに変更となった。	アスベリンはシロップや錠剤、散剤と複数の規格があり、また散剤は10%散と2%ドライシロップがあり、判断を間違えたと思われる。また、ムコソルバンも、液剤は液とシロップがあり、こちらも規格の判断を間違えたと思われる。	小児の場合は、年齢や体重で用量や用法が違う為、必ず年齢と体重を確認し、用法・用量が正しいかを調剤者と監査者の両方が確認する。また、今回の事例では、お薬手帳を確認したところ、数日前にアスベリンDS2%が0.25ｇ（分３）で処方されて、違う薬局で疑義照会されずにそのまま調剤されていた。このような事もあるので、お薬手帳で前回と同じ用法・用量だからとそのまま調剤するのではなく、必ず処方監査を行う事が必要であり、その事も薬局内で共有した。	アスベリンドライシロップ２% ムコソルバン液	アスベリン散１０% 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
206	高血圧の持病ありで、薬局に来局している方。普段、降圧剤も調剤している。今回は風邪薬とともにトランドプリル（１）が1週間分処方されていた。トランドプリルが販売中止で入荷しないため、在庫について患者さんに相談したところ、「今日は風邪で受診した。血圧の薬は普段飲んでいるけど。」との話であった。処方ミスの可能性も含めて、疑義照会を行ったところ、トランサミン錠250ｍｇに処方変更となった。医師が間違えて処方してしまったとのことだった。	頭3文字が同じであるため、3文字入力をし、その後選択を誤った可能性がある。	スタッフに今回のヒヤリハット事例を共有した。	トランドラプリル錠１ｍｇ「サワイ」	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
207	Ｋ値低値の患者へアスパラＣＡ２００処方	名称間違い	検査値の確認	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
208	【般】ベポタスチン錠10MG 2錠朝夕食後で処方されていたが、実際はタリージェOD錠10MG 2錠朝夕食後の処方入力間違いであった。	クリニックでは先発の商品名入力の為、タリオンとタリージェを選択間違えたと思われる。どちらの薬剤も10MG錠で、1日2回服用する薬であるため、用法用量などは間違いがなかった。	調剤までは順調に行えたが、投薬の際に話が整合性とれないと判断し疑義照会を行った。前回投薬時はタリージェOD5MG錠だったため、増量の可能性も考えて投薬を行った為、間違いを発見できた。患者さんとのやり取りと、薬歴からの薬内容の確認を丁寧に行うようにしている。	ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「サワイ」	タリージェＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
209	定期服用薬は無く、臨時処方が出た時のみ当薬局をたまに利用する患者様。今回、感冒のため近所のクリニックより下記薬剤が処方された。デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg6錠分3毎食後カルボシステイン錠500mg3錠分3毎食後コデインリン酸塩散1%6g分3毎食後フェブキソスタット錠10mg1錠分1朝食後　7日分監査時にフェブキソスタット処方について疑問に思い患者様に確認したところ、「風邪薬が出ると聞いている。尿酸や通風の話はしていない。」との回答であったため、クリニックへ疑義照会を行った。結果、フェキソフェナジン錠との記載間違いであり、フェブキソスタットからフェキソフェナジン錠60mg2錠分2朝夕食後7日分に処方変更となった。	プレアボイド	プレアボイド	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「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
210	基幹病院から高カロリー輸液の処方を受けている患者。入院していたこともあり、輸液に関する薬剤の不足に気づき薬局に相談あり。いつもの基幹病院に受診か近隣で輸液関連を処方してもらえるクリニック受診をすすめる。急遽近隣クリニックを受診。処方せん発行あったが、いつも使っている薬品の濃度違いが処方されていたため疑義照会。ヘパリンＮａロックシリンジ10U／ｍＩシリンジ 10ｍＩ→ヘパリンＮａロックシリンジ100U／ｍＩシリンジ 10ｍＩ	輸液に慣れていないクリニックの処方で濃度の違いが判らなったと思われる。	注射薬は濃度や規格が複数あるため、前回処方と変更がないか確認している。			ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ「オーツカ」１０ｍＬ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	風邪症状にて受診の患者プラビックスが処方されていたが既往からも必要性を感じない患者への聞き取りでも血栓を予防する薬を出すとは聞いていない疑義照会にて処方ミスだったため変更となった	手書きのカルテ記載の文字を読み違えたと思われる名称が類似している上規格が７５ｍｇと同一だったため入力ミスが生じたと思われる	お薬手帳や患者聞き取りから疑わしい事例は疑義照会にて必ず確認を行う	プラビックス錠７５ｍｇ	ラスビック錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	薬歴にてツムラ葛根湯にて呼吸困難の既往歴ありと記載。発熱にて受診。ツムラ葛根湯処方。疑義照会実施。ツムラ柴胡桂枝薬歴湯に変更の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	ユニシア配合錠LD　1錠　分1　朝食後　28日分とブロプレス錠8ｍｇ　1錠　分1　朝食後　28日分　が一緒に処方されていたため、疑義照会。今までブロプレス錠8ｍｇだけ処方されていたが、血圧が高いので薬がかわったことをドクターから聞いていた。ユニシア配合錠はブロプレス8ｍｇとアムロジピン2.5ｍｇの配合錠のため、ブロプレス錠を削除するのを忘れていたと考えられる。	薬が変更になった際、特に配合錠には注意が必要で、成分が何かを再度確認する必要があると思われる。	処方箋を受け取り、調剤する際は同じ成分が重複していないかを必ず確認する。			ブロプレス錠８	ヒューマンエラー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	アンブロキソール徐放OD錠　2錠　朝夕食後の処方あり。疑義の結果　1錠　夕食後へ変更となった。	すこし前に別の病院にてアンブロキソール錠15ｍｇ　2錠　朝夕食後の処方を受けておられた。患者希望で同処方を出そうとしたが採用品目ではなかったため、採用品であるアンブロキソール徐放ＯＤ錠45ｍｇを選択し、確認せずに処方したと考えられる。	今回は薬剤の用法用量が承認外であるため気づきやすい間違いであったが、採用外医薬品で患者の希望とは違う薬剤が出てしまうこともある。患者からの聞き取りをしっかり行い、間違いを未然に防ぎ健康被害のないように努める。			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
215	門前医療機関の処方箋は手書きが主流だったが、数か月前から印字の処方箋に移行している。テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」2T分2で以前から服用している患者さま。一般名でテオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)2T分2と記載された処方箋を持参された。患者さまからは薬を変更する話はなかったと聞き取り。印字の処方箋に移行する際、処方箋入力の代行者が一般名の選択誤りをしたと推測して疑義照会を行った。24時間持続から12～24時間持続に変更となった。	医療機関で処方箋発行をする機材が変更したため、扱いに不慣れで入力・選択誤りが生じた可能性が推定される。また処方箋を代行入力した事務員は持続時間の違いで、薬剤が異なることを知らなかった可能性も推定される。	一般名、規格、用法などの確認をしっかりと行う。	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	コロナ陽性の患者　のどの炎症と咳が強い。現在ツムラの桔梗湯が入手困難なためにコタロー桔梗石膏を使用していた今回咳の症状も強いためにツムラ五虎湯が併用処方された。両方に石膏が各10ｇ含有されている。処方医は食欲不振　悪心　吐き気　下痢などの症状が考えられるため依然から併用をさけていた たまたま桔梗湯が入荷したため電話でつたえたところ、気ずいてもらってよかったと　感謝されコタロー桔梗石膏がツムラの桔梗湯へ変更になった。	桔梗湯が入手困難なために桔梗石膏が汎用されていた。	成分重複に留意する　　特に漢方薬は石膏　半夏　甘草の重複に注意する。注意メモを外箱に貼っておく。	コタロー桔梗石膏エキス細粒	ツムラ桔梗湯エキス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	タケプロンOD15ｍｇ1錠寝る前28日分の処方だが他院でネキシウムカプセル20ｍｇを継続服用中ため問い合わせＯＫ　同一薬効薬使用中の為処方削除	患者様も併用薬をしっかり医師へ伝えることが出来ていなかった可能性あり	今後もおくすり手帳などで重複使用薬をよく確認し調剤・監査行う			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
218	アスベリン散10%　2.5ｇ　分2　5日分　での処方5倍量の為アスベリンDS2%との間違い	病院の規格入力ミス	疑義照会			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
219	【般】サラゾスルファピリジン錠500ｍｇが処方されていたが、患者の疾患は関節リウマチであることが患者本人の聞き取りにより判明。【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇの間違いではないかと考え疑義照会。腸溶錠が正しいことが分かった。	病院の電子カルテのマスタに【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇが登録されていなかったため、名称が似ている【般】サラゾスルファピリジン錠500ｍｇを選択したと思われる。	【般】サラゾスルファピリジン錠500ｍｇと【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇでは適用の疾患が異なるため、患者本人への聞き取りが肝要。また、その違いについて職員間で周知徹底を行った。	サラゾピリン錠５００ｍｇ	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
220	芍薬甘草湯を処方しようとしたところ当帰芍薬散を処方	医薬品の類似名称	処方追加になった薬はその理由を患者から聴取する	オースギ当帰芍薬散料エキスＴ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
221	マグミット330処方予定であったところ、メトグルコが調剤されていた。監査時は糖尿病内科門前薬局ということもあり血糖降下剤追加処方となったと考え、投薬むかったところ、つじつまが合わずに疑義照会。マグミットの処方予定だったとのこと。	Dr処方時の入力ミス	しっかりと聞き取りを伺い、調剤を行うよう徹底	メトグルコ錠２５０ｍｇ	マグミット錠３３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	循環器内科より、アモキサンカプセルが処方されていた。投薬時、症状は風邪と患者から聞き取った。アモキサンカプセルに風邪症状の適応はないため、処方医に疑義照会をおこなった。その結果、アモキシシリンカプセルに変更になった。	名称が類似しているため、処方医が入力を誤ったと考えられる。	患者から症状をしっかりと聞き取り、処方された薬の適応と違う症状だった際は疑義照会を行う。	アモキサンカプセル５０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	ロトリガ粒状カプセルが処方されるところ、誤ってロケルマ懸濁用散が処方された。鑑査時に処方箋のカリウム値を確認したが正常値であったこと、患者からカリウム値について医師から言及がなかったと聞き取ったこと、前回処方されていたロトリガ粒状カプセルが処方されていなかったことから不信に思い、医師へ疑義照会したところ間違いが判明した。	前回電話による疑義照会でパルモディア錠からロトリガ粒状カプセルへ変更となっていたため、カルテの記載が誤っていた可能性がある。医薬品の名称が類似しているため、オーダリングミスをした可能性がある。	処方箋に検査値が載っている場合は、処方鑑査に利用して薬歴にも残すようにしている。交付時に前回からの処方変更点について特に詳しく聞き取りをしている。	ロケルマ懸濁用散分包５ｇ	ロトリガ粒状カプセル２ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
224	整形クリニックよりトラベルミン配合処方だが肩の痛み、腕の痛みの訴え。処方内容に疑問あり確認したところトアラセット配合の間違いだった。	薬品名の類似	患者症状と処方内容に疑問がないか確認をする	トラベルミン配合錠	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	投薬時、頭皮の症状との聞き取りであったが、処方内容は軟膏であったため医師に剤型確認。ローションタイプに変更となった。	剤型の選択ミス	投与部位から剤型のつかいやすさを考えて調剤をおこなう。疑問に感じたことは声掛けをおこなえるような雰囲気づくり。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－Ｖローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
226	今年は暖冬のため、１月新春から花粉の症状が出始める患者さんが多く、この方も例外ではなかった。アラミストが１日２回、１回２噴霧とあり、１日１回、1回２噴霧の間違いである。門前ドクターは基本的にリノコートパウダースプレーを１日２回、１回１～２噴霧を好んで使うため、用法用量が混合したのかもしれない。	上記の通り、アラミストの大人量は、１日１回、１回２噴霧である。それに対し、リノコートは１日２回、１回１～２噴霧であるため、混乱が生じたと考えられる。	アラミストとリノコートの違いでも微妙なところだが、これに小児がかかわってくると用法用量が大変シビアなものとなる。薬剤師全員でしっかりと細かいところまで鑑査するのが重要である。一人でも多くの目を通す事も重要である。			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
227	患者がゾコーバ錠２錠分１　１日分の処方せんを持参。患者へ確認を行い、コロナウイルスではなくインフルエンザ陽性であることの検査結果を確認した。用法用量からも、処方薬がゾコーバ錠ではなくゾフルーザ錠である可能性が高いことから、処方元へ疑義照会を行い、ゾフルーザ錠２錠分１　１日分へ変更になった。	処方せん入力時の変換ミス。発行後の確認漏れ。診療時間ぎりぎりのタイミングだったため、急ぐ気持ちがあったことも考えられる。	薬剤名、用法用量の確認徹底。患者へ検査結果、症状有無の聞き取りを怠らずに実施する。	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
228	スーグラ錠服用中の患者に、ジャディアンス錠が追加処方された。どちらもＳＧＬＴ2阻害薬のため疑義照会を行い、スージャヌ配合錠に変更となった。	ジャディアンス錠とジャヌビア錠の名称類似と推測。	名称類似薬について、薬局内で周知を行なう。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	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
229	【般】ロラタジンシロップ用1%　3ｇ分2朝夕食後で処方あり。用法・用量が通常使用される量・用法と異なるため、医薬品あるいは用法・用量が異なる可能性あり、疑義照会の結果、クラリスドライシロップへ医薬品が変更となった。	当該医療機関は処方箋作成時に先発名を入力しているとのこと。ロラタジンシロップ用の先発名がクラリチンドライシロップのため、名称類似でクラリスドライシロップと間違えたものと推察する。	用法・用量について随時確認する。	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
230	プランルカスト225mg　4錠　分2　朝夕食後の処方。用量的に多いので疑義照会をした結果、2錠分2と減量になった。	医師が処方時に、プランルカスト112.5ｍｇ4カプセル分2を225ｍｇ4錠と見誤ったと思われる。	初めて処方される薬剤については特に気を付けて、処方監査等を行う。			プランルカスト錠２２５ｍｇ「ＡＦＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
231	以前からノボラピット注フレックスタッチが1日3回皮下注射にて処方されていたが、フレックスタッチ製剤の供給困難により、ノボラピット30ミックス注フレックスペンへ変更になっていた。30ミックス注フレックスペンは、超速効型インスリンアナログと中間型インスリンアナログを3：7の割合で含有する混合製剤であり、通常1日2回皮下注射する。今回の処方では、薬剤の変更に伴う注射回数・単位数の変更がなかったため疑義照会を行った。その結果、ノボラピットフレックスペンへ変更となった。	ノボラピッド注は複数種類の規格・デバイスがあり、用法用量が異なっている。フレックスタッチの供給困難により、薬剤変更をしたところ選択し誤ったようだ。	当薬局では複数のインスリン製剤を取り扱っているため、平素より用法用量の確認だけではなく患者へ聞き取りを行い、医師指示との齟齬がないか注意して調剤～交付までを行っている。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	1歳、体重10ｋｇの患者にアスベリンDS2%が6ｇ分3毎食後で処方され、通常用量よりも多く処方されていた。電話で疑義照会し、アスベリンシロップ0.5%6ｍｌ分3毎食後へ処方変更となった。	アスベリン製剤が複数あるため、入力時の薬品名選択を間違えたと考えられる。	小児の処方時は年齢や体重の確認を徹底する。			アスベリンドライシロップ２% アスベリンシロップ０．５%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	耳鼻科よりムコスタ錠１日３回毎食後6錠/日処方あり、類似名称のムコダイン錠と判断。疑義照会し、ムコダイン錠250ｍｇ×6錠に変更となった。	通常ムコスタ錠は6錠/日で服用することはないこと、耳鼻科での処方のためムコダイン錠250ｍｇの可能性が高いこと	不明点あれば疑義照会を実施する	ムコスタ錠１００ｍｇ	ムコダイン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	腹痛の患者に一般名処方でセレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠２．５ｍｇと処方あり。年齢・処方内容等からパーキンソン病ではないこと判断、セレキノン錠の入力間違いであると考え疑義照会しセレキノン錠１００ｍｇのジェネリック医薬品であるトリメブチンマレイン酸塩に変更となる。	セレキノン錠の経過措置が3月で終了し、カルテ入力ができなかったため頭3文字が同じセレギリン錠の入力になったと考えられる。	名称が似ている医薬品の一覧を作成し注意喚起する。	セレギリン塩酸塩錠２．５ｍｇ「タイヨー」	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	アレジオンLX点眼液0.1%　1日4回両眼に点眼で処方あり。本薬剤は長時間作用型であり、添付文書上では1日2回の用法となる。また、同成分で濃度が異なる製剤としてアレジオン点眼液0.05%があり、そちらについては1日4回点眼の用法となる。疑義照会を行ったところ、1日2回へ用法変更となった。	処方医側でアレジオンLX0.1%とアレジオン0.05%で用法が異なることを見落としていた。確認不足だった。	用法・用量の確認。別の規格があり、用法が異なる成分について注意喚起を行う。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	睡眠障害で受診の患者に眠剤と新規で(般)エレトリプタン錠20mg0.5錠分1夕食後22日分が追加処方された。エレトリプタン錠は片頭痛治療薬であり頭痛発作時に頓服服用する薬であること、また患者からの聞き取りにより症状は不眠であり頭痛はないとのことから処方医に疑義を行った。その結果(般)ミルタザピン錠15mg0.5錠分1夕食後22日分に変更となった。	先発品名称の類似。(般)エレトリプタンの先発品はレルパックス、(般)ミルタザピンの先発品はリフレックス。処方入力の際に混同されたのではないかと思われる。	本来使われるべき用法・用量と剥離していないか判断すると共に、判断に要する薬剤師としての知識の向上を図る。半錠など特に割ってしまう前に受付～鑑査の間の出来るだけ早い段階で気付けるよう、疑問に思った点で周囲に確認出来る体制を取る。	エレトリプタン錠２０ｍｇ「ファイザー」	ミルタザピン錠１５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	鼻炎症状を訴える8歳男児に、フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」　2.4g　分2朝夕食後　7日分の処方。通常2歳～12歳はフェキソフェナジン塩酸塩の成分量は30mg(当該製品1.2g)であるため、処方量が過剰であると判断し、TELにて処方医へ問い合わせ。結果、フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」　2.4gから1.2gへ減量となった。	普段から7歳未満へのフェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」の処方は多くあるが、抗アレルギー薬は7歳から用量が切り替わることが多いため、判断を誤ったものだと考えられる。	処方内容から、医療機関へ疑義照会をおこなった。			フェキソフェナジン塩酸塩ＤＳ５％「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
238	5歳17?sの小児に対してアスベリンシロップ2%4.5mL処方あり。疑義紹介を行いアスベリンシロップ0.5%4.5mLの処方間違いであったこと確認。	入力時点の医薬品選択ミス	類似した医薬品がある場合は特に注意し監査を行う。	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
239	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用が1日1回で処方されていたため、電話にて処方医に疑義照会。クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用ではなく、クラリチンドライシロップ１％を処方する予定だったことが判明。疑義照会の結果、クラリチンドライシロップ１％に変更して調剤した。	類似する医薬品名によるミス	処方内容の確認。患者への病態の聞き取りの徹底。	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
240	先月末まで他病院に入院しており、退院時にテリパラチドＢＳ皮下注キット６００μｇ「モチダ」１日１回皮下注射　を処方されていた。本日、定期受診の病院にて受診。「骨の注射が次回診察まで足りないので処方してほしい。」と患者から病院に相談がありテリボン週２回皮下注射　を処方された。テリパラチドBS使用中の患者にテリボンが処方されたことに疑問を持った薬剤師が疑義照会を行った。フォルテオのバイオシミラー品の製剤名がテリパラチドBSでありテリボンと名前が似ていたため間違えたと返答有り。フォルテオ皮下注キット１日１回皮下注射に変更になった。	フォルテオのバイオシミラー品の製剤名がテリパラチドBSでありテリボンと名前が似ていたため医師が誤ってしまった。他院処方の医薬品であり医師の確認不足も原因と思われる。また、患者ご家族も注射はショートステイ施設の看護師に任せていたため、週２回注射になっていた点に関心を持たれたなかったこともテリボン処方に関連したと思われる。	患者聞き取り時に処方内容と相違があった場合医師に疑義照会を必ず行う。先発品・ジェネリック医薬品などで成分名が類似している医薬品も多いため注意しながら調剤を行う。	テリボン皮下注２８．２μｇオートインジェクター	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
241	定期的に、ノボラピッド注 イノレットが処方歴あり。上記薬品が販売中止となり、代替薬へ処方変更をする必要があった。そのため、ノボラピッドフレックスペンに変更されたが、医療機関において処方歴が無い薬であったためマスターが無く、似た名前であった「ノボラピッドミックス注」が入力されてしまったと考えられる。 お薬手帳を確認し、過去にイノレットが処方されていること、変更になることを口頭で患者様ご家族に確認。疑義照会し、フレックスペンへ変更となった。	新規処方であったため、入力に慣れていなかった	お薬手帳の確認、代替薬の選択肢を確認する。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	歯科口腔外科の処方せんにアモキサンカプセルの記載あり。処方鑑査時に疑問を持った薬剤師がお薬手帳上の記載を確認するも精神科関係の薬は服用しておらず、患者本人に治療内容を聴取したところ抜歯後とのこと。当該病院にて抜歯後、頻繁に処方される薬としてアモキシシリンがあったため、レセコンにて選び間違えた可能性が高いと判断し疑義照会。アモキシシリンへ処方変更となった。	レセコンで薬品名検索する際、3文字検索では2種類が並んで表示されていた可能性が高い。操作ミスによる処方間違いと思われる。	調剤補助や入力担当者は見慣れない薬品名であること、いつもの歯科からの処方内容とは異なることを疑問に思いつつ、そのままスルーしようとしていたが、薬剤師が鑑査したところですぐ間違いに気づいた。当薬局では調剤補助が薬を集めた後処方鑑査する流れだが、疑問に思うことがあればスルーせずにまずは薬剤師へ一声かけることを周知した。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
243	かかりつけA医院の閉院を機にB医院を紹介された患者で、初回受診および初回来局。ロサルタン100mg・ヒドロクロロチアジド配合錠(ロサルヒドHD)と他2剤が一般名処方されており、患者からは「これまでの薬を継続し、量を変えるとは聞いていない」と聴取した。お薬手帳にはロサルヒドLDと記載があり、確認のためDrにTELしたところ、ロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合錠(LD)に訂正と返答を得た。	入力時、HD、LDとmg数の換算が誤っていたと思われる。	他科からの転院患者が増えた時期なので、特に手帳や会話での確認を徹底している。			ロサルヒド配合錠ＨＤ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	３７歳男性、前回ＴＧ値２００から４２２に悪化。以前からロスバスタチン、エゼチミブ、ベザフィブラートを服用中だったが今回パルモディアが追加となる。 患者さんに確認すると、中性脂肪の数値が高いため、薬を新たに追加することを医師から伝えられたことを聴取。切換かどうか再確認すると、そこまではわからないと回答。 医師からの指示と、実際の処方内容に疑義が生じたため、フィブラート重複について疑義照会。パルモディアの中止指示。 代わりにトコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ（病院側は５０ｍｇの方と固辞）が処方されるも、高脂血症の適応ないため再度疑義照会。 トフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇに変更となる。	ＴＧ値の悪化によりただ単に処方を足したのだと思われる。２剤フィブラート系を処方することは、腎機能の悪化、副作用増強（横紋筋融解症）になりかねないためまずありえない。トコフェロールにはニコチン酸と酢酸がありどちらも似た名称だが薬効が違うため、知識不足だった可能性がある。	同種同効薬の併用、重複の注意、また似た名称で間違えやすい薬剤については注意喚起を怠らないようにする。			パルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
245	他院でネキシウムカプセル２０ｍｇが処方されている患者に、今回エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「ニプロ」の処方があった。処方医に確認後、今回処方のエソメプラゾールは処方削除になった。	他院の併用薬の確認漏れ。	薬歴に併用薬の記載の漏れを無くす。お薬手帳を持っている場合は必ず持参するよう呼びかける。			ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
246	ラタチモを処方されている方にアイベータの追加処方取り扱いがない点眼の為、添付文書にて成分を確認したラタチモにもアイベータにもチモロールが配合されていることに気づいたチモロールは最大5ｍｇまでのように思うが眼科医の処方の為違う使い方があるかもしれないと思い院内薬剤師に確認そのまま医師に確認してもらいオーダーリングミスだったと判明	アイベータとアイラミドと同じような名前であることに注意	配合点眼に配合されている成分を周知しておくことが大切であるため、配合点眼の場合は成分を必ず確認している	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
247	ラベプラゾールを処方すべきところ、誤ってラロキシフェンが処方されていたことが、疑義照会により発覚した。高齢女性であり、新規でラロキシフェンが開始されており、入力監査時には疑問はなかった。調剤後に、同時にバイアスピリンが開始されているのを認識し、少し処方内容に違和感を感じた。疑義照会するには情報が不足しているので、患者に聞き取りを行ったうえで、疑義照会を実施した。	名称類似とまではいかないが、薬品の頭文字が同じであることから入力ミスを視野にいれて疑義照会を行った。	少しのでも疑義が生じた際には疑義照会を行うことが望ましい。	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「日医工」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	前回まで、ユリス錠2ｍｇ　2錠（1日1回朝食後）で処方があったが、今回ユリーフ錠4ｍｇ　1錠（1日1回朝食後）に変更になっていた。ユリーフ錠4ｍｇが1日1回で処方されていることに疑問を感じ、薬歴を確認したところ、前立腺肥大の既往はなかった。医薬品名の入力間違えの可能性を疑い、医師に疑義照会を実施。ユリス錠2ｍｇの入力間違えだと判明、処方変更となった。	医師が処方箋入力する際は、3文字検索で入力をしているが、名称が似ており、医師が間違えて入力してしまったことが考えられる。ユリス錠は0.5ｍｇ、1ｍｇ、2ｍｇの3規格しかないが、ユリーフ錠4ｍｇを見て、4ｍｇの規格があると勘違いした可能性も考えられる。	患者の年齢や既往歴を確認した上で処方箋監査している。既往歴などの基本情報は定期的に聞き取りを実施し、更新をしている。	ユリーフ錠４ｍｇ	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
249	眼の手術の時の処方でレボフロキサシン　３日分処方となっていたが、慢性副鼻腔炎で３月ごろからクラリスロマイシン　を１日１回朝に現在も服用中であった。抗生剤の重複投与になるため、眼科医師に確認をとり、手術当日の１日だけクラリスロマイシンをお休みし、レボフロキサシンを服用するように指示が変わり、それに伴い、レボフロキサシンも１日分へ変更となった。	お薬手帳に現在の併用薬が記載されていたが、病院側が見落としていた可能性あり。	低用量長期処方と考えられるクラリスロマイシンの併用について、病院側に情報提供を行った。レボフロキサシンは１日分で様子見することとなった。患者さんから、「お薬手帳の大切さがわかった」と言われた。			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	
250	プレドニン漸減療法でプレドニン錠5ｍｇ5錠分２朝昼食後（朝3昼2）５月２４日から１４日分、プレドニゾロン錠1ｍｇ（旭化成）4錠分２朝昼食後６月７日から14日分　が処方されていた。プレドニゾロン25ｍｇから急に4ｍｇまで減量されているため用量について疑義照会をしたところ、６月７日からの分がプレドニゾロン錠1ｍｇ４錠ではなくプレドニン5ｍｇ４錠の記載ミスだったことが判明した。	プレドニン25ｍｇから20ｍｇに漸減しようとしたところ、医師側がプレドニン錠5ｍｇとプレドニゾロン錠1ｍｇの入力を間違えたと考えられる。	プレドニン漸減について、急な減量になっていないか用量確認。			プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	R6.5.21交付の処方箋に・バファリン配合錠A81１錠　頭痛時　10回分　　の記載ありバファリン配合錠A81は適応が抗血小板薬としてのものであり、頭痛に適応のあったバファリン配合錠Ａ３３０は2022年3月31日をもって経過措置切れであった。患者様に診察時の内容を聴取すると「頭痛があり、普段使っている鎮痛薬としてバファリンやロキソニンを使っていることを話した。」とおっしゃり、頭痛に適応のあるバファリンの処方意図と判断し疑義照会を実施した。現在保険適応のあるバファリン配合錠A81は抗血小板作用の適応・用量のため頭痛には不適であることを伝え、患者様の服用歴のあるロキソニン錠60mgへの変更提案を実施した。	バファリン配合錠Ａ３３０とバファリン配合錠A81の適応症の違いを失念していたと思われる。バファリン配合錠Ａ３３０が経過措置の切れた医薬品である認識が不足していたと思われる。	処方薬と用法から適応不一致と疑念を持ち、診察時の会話の内容を確認した。処方意図と処方薬に乖離があると判断し、疑義照会を実施した。	バファリン配合錠Ａ８１	ロキソニン錠６０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	他院でメコバラミン錠５００μｇ「トーワ」が処方されいている患者に、今回重複して処方された。医師に問い合わせ後、今回処方分のメコバラミン錠５００μｇ「トーワ」が削除になった。	病院で併用薬の確認不足。	手帳を毎回しっかり確認し、薬歴にも記載。			メコバラミン錠５００「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
253	バイアスピリンの処方が初回の為、服薬指導時に体調の変化等確認。血をサラサラにする薬が出るとは聞いていないことが発覚し疑義照会となったが回答では患者と話しはしているのでそのままでとなった。しかし詳しく話を聞くと昔バファリンの痛み止めを飲んで効果があったので同じようなものを出してほしいといった。するとアスピリン系の似た痛み止めを出すとのことは話したと聞き取り。再度疑義照会となりカロナールへ変更となった。	バファリンA330の話から同じ成分の名前の為効果があると思い処方されたと推測。	新しい薬が出た時は特に注意して患者の体調やどういった経緯で処方追加されたのか詳しく話を聞くようにこれからもしていく。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	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
254	前回ブリモニジンが処方されていた患者様にブリモニジンの代わりにブリンゾラミドが処方されており本人と対話し眼圧の変動やアレルギー症状も見られず薬の変更も主治医から聞いていないことが分かり疑義照会を行い処方間違いと判明。	ブリモニジンとブリンゾラミドは特に書面に記載した場合名称が類似しているため間違えたと考えられる。	名称類似の薬剤は注意喚起の記載を行う。	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「サンド」	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	当初、めまい時の頓服としてメマンチン塩酸塩錠5ｍｇ1錠5回分が処方。当薬剤について、めまいの適応はなく、さらに投与開始初期においてめまい・傾眠の出現が認められるとの報告があり。また、患者からの聴取により、以前に頭位めまい症と診断を受けていると確認し、疑義照会を行った結果ベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇ1錠5回分へと変更になった。	商品名（メリスロン、メマリー）または一般名（ベタヒスチン、メマンチン）と名称類似による処方医の認識不足によるものと推測。	本症例においてはめまい時の使用とコメントがあったためすぐに判断ができたが、頓服使用でない場合等は患者またはご家族からの情報収集が求められる。添付文書や薬歴、お薬手帳も最大限に活用する。	メマンチン塩酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	平素より来局している患者様。今回アセトアミノフェン250mgと処方箋に記載あり。アセトアミノフェンは規格が200mg、300mg、500mg、また、風邪症状の時には、カルボシステイン250mgと一緒に出ていることも多いため、記載間違いであると考えられた。疑義照会を行い、アセトアミノフェン200mgであることを確認した。	手書き処方箋のため、記載間違いが起こったと考えられる。	名前の似ている薬剤の注意だけでなく、よく出る処方でも記載間違いがあるということを念頭に置いて監査を行う。日によって処方箋を記載している病院スタッフが違うため、毎回記載間違いがないか注意する。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	体重19kgの患者様にアスベリン散10%　1.9ｇで処方が出ていた為疑義。アスベリン散10%→アスベリンDS2% 1.9gに変更となった。	入力の際に散とDSを間違えたと思われる。	調剤前に処方監査を行い、投与量があっているかチェックを徹底する。			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
258	久しぶりに来局した患者。13歳でキプレス錠10mgの処方。15歳未満の適用がないので疑義照会をし、キプレスチュアブル錠5mgに変更。	キプレス錠10mgの適用の勘違い　確認不足	年齢で適応が異なる薬剤のチェックを行う。			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
259	カンデサルタン錠８ｍｇからカルデナリン錠4mｇに処方変更。患者に経緯を確認したところ、「血圧が安定しているので減量する」という説明あり。減量にはなっていないため、処方医に確認したところ、選択ミスとのことだった。	カンデサルタンとカルデナリンということで頭文字が同じであるため、マスタ内での選択ミスと思われる。	処方変更時などは特に変更になった経緯を患者に確認し、少しでも疑問があったら処方医に確認するように徹底する。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「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
260	レパグリニドの処方がでて、用法が添付文書とは異なっていたので疑義照会、薬剤の誤りが判明	薬剤の名称が類似	疑義照会を積極的に行う	レパグリニド錠０．２５ｍｇ「サワイ」	レバミピド錠１００ｍｇ「Ｍｅ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	尿路結石のため受診された患者に対して、咳止めのコルドリン錠が処方されており、不審に思い疑義照会実施。	最初の2文字が同じ医薬品であったため、選択間違いが起こったと考えられる。	今回は、用法から違い、採用医薬品でもなかったため違和感にすぐ気が付くことが出来たが、患者聴取も含め、医薬品の変更や新規医薬品が出た際は特に注意が必要であると感じた。	コルドリン錠１２．５ｍｇ	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
262	平素より当薬局を利用の患者家族が来局。処方監査すると、フェノバール原末1g分2朝夕食後の処方記載があった。いつもは、フェノバール散10%が処方されている為、来局者に確認したところ、変更の話は聞いていないとのこと。通常処方量に換算すると、フェノバール原末は0.1gとなる為、医療機関へ疑義照会したところ、フェノバール散10%1gへ処方変更となった。	カルテにフェノバール1gと記載があり、入力する際に、いつも処方されているフェノバール散10%ではなく、フェノバール原末を選んでしまった様子。	類似薬品名の薬剤等は用量用法の確認を徹底して調剤にあたることを継続していく。			フェノバール原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
263	当薬局に初めて来局された患者様で、普段は別のかかりつけ医に通院されていた。お薬手帳を持参されており処方箋と比較すると、普段はイミダフェナシンＯＤ錠0.1mgを服用していたが、処方箋にはイミダプリル塩酸塩錠5mgが処方されていた。鑑査時に気づき患者様に確認したところ、薬の変更については聞いてないとのことで処方医に疑義照会した。その結果、イミダフェナシンＯＤ錠0.1mgに変更となった。	普段のかかりつけ医が他のクリニックに異動となり、普段とは違うオーダリングシステムを使用していたため入力ミスの可能性あり。	新患の患者様で初回の問診票の記載内容の確認およびお薬手帳を確認し、普段から服用している内容を確認する。	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「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
264	以前よりノイロビタン配合錠を服用していたが、入力時に名称類似のためノイロトロピン錠に誤変換したと思われる。	始めの3文字が同じ類似名のため誤入力してしまったと思われる。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠は名称がにているため、入力時も調剤時も間違いやすい。薬歴、病歴を確認した上で調剤する。また、在庫に「類似名あり・ビタミン」「類似名あり・鎮痛剤」と書いたシールを貼って取り違えを防ぐ。	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
265	成人に対して、タリオンOD錠5mg2錠朝夕食後が処方。添付文書記載の成人量より少ない量で処方されていたため疑義照会したが、いつもの薬なのでそのままでよいと医師より回答。投薬においても患者様に確認したが、継続の薬であると理解が不十分な様子。タリオンOD錠5mg2錠朝夕食後のままお渡ししたが、その後病院より電話で、タリオンではなくタリージェOD錠5mgであることが発覚。患者様に再度来局いただき薬を差し替えた。	お薬手帳・マイナンバーカード携帯の推進不足。医師とのコミュニケーション不足。	お薬手帳・マイナンバーカードを携帯するように呼びかける。薬品名類似のため疑義照会しても認識の齟齬が起こりやすいので、「アレルギー薬の」タリオン、「神経の薬の」タリージェなど一言付け加える。投薬の際に、薬効と主訴を紐づけて説明することを意識する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
266	外国籍の患者様。英語がしゃべれる薬剤師がいつも対応。投薬時に以前処方歴のあるカロナール５００が再度処方になった。セレコキシブ２００を通常服用されているので、痛みが悪化しているのか確認すると、特に痛みは落ち着いているとの返事。いつもイリボーとコロネルは同じタイミングで処方あるが、今回はイリボーだけの記載。違和感を覚え、今回は痛み止めがひさしぶりに追加になっている。本当に必要なのか？とヒートを見せて確認すると「欲しい薬と色味が違う気がする」との返事。もしかして、「コロネル５００」が欲しいのでは？と現物を見せると、それですとのこと。すぐに疑義照会をして、経緯を話し処方変更をしてもらった。	外国人ということもあり、コロネルとカロナールの発音が似ていること、また５００ｍｇという規格が同じだったこと、形が酷似していること、すべてが勘違いの原因だったと思われる。実際に欲しい薬を本人がメモに記載していたが、「カロナール」と記載していた。	今後も、英語のできる薬剤師がいるときは英語で確認と対応を続けたい。薬効もいつもどおり伝えていたために今回間違えが判明した。発音なども十分注意して聞き取りを行いたい。英語での薬の情報も併せてお渡ししているので、ご自身でも確認をしてもらうことを徹底したい。	カロナール錠５００	コロネル錠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
267	デベルザ錠２０ｍｇを定期で服用中、同じＳＧＬＴ２阻害薬に分類されるジャディアンス錠１０ｍｇの処方が追加された為疑義照会を行った。結果、名称が似ているジャヌビア錠５０ｍｇへ処方内容が変更となった。	名称が類似しており（ジャ）、同じ糖尿病薬として使用される薬である為、選択を誤ってしまったのだと考えられる。	併用薬の確認を徹底すること。名称が類似している医薬品が誤って処方されている可能性まで考え、処方監査を行う。	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
268	4歳の患児に対してアスベリンシロップ「調剤用」2%　8mL分2での処方。添付文書では3～6歳は0.75～2mLと投与量の目安が設定されており、上限の4倍であったため疑義紹介。0.5%製剤の間違いだったことが発覚。アスベリンシロップ0.5% 8mL分2に変更となる	規格間違い	できるかぎり濃度の異なる複数規格は用意しない。過誤防止システムの活用。			アスベリンシロップ「調剤用」２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	定時薬で半夏瀉心湯で処方継続していた患者が、今回三黄瀉心湯で処方。患者聞き取りにより処方変更などは把握していないと返答。疑義紹介により入力ミスと発覚。	名称の酷似と、それによる入力ミス	手帳と薬歴、患者聞き取りの徹底	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
270	当薬局を久しぶりに利用する患者が処方箋を持って来局した。ジスロマック錠600mg　2錠分1夕食後で処方されていた。患者に確認したところ後天性免疫不全症候群の既往はないことがわかった。用量が多いため電話にて処方医に疑義照会した。その結果ジスロマック錠250mgに変更となった。	薬剤選択時に250mgを選択するところ、600mgを選択したようだ。	引き続き、患者からの聞き取りなどから情報を収集し、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。			ジスロマック錠２５０ｍｇ ジスロマック錠６００ｍｇ	ヒューマンエラー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	眼科を転院され、当薬局のご利用も初めて。投薬時、ご本人より今まで使っていた薬を出して次回検査をするという話になったと聞き取り。お薬手帳を確認したところ、グラアルファを使用していたが、処方はグラナテックとなっていた。念のため問い合わせをしたところ、グラアルファへ変更となった。	名称が似ているため入力時の間違いではないかと考える。	お薬手帳があり発覚したため、お薬手帳持参の啓発活動を続ける。また持参されたお薬手帳はしっかりと確認活用する。	グラナテック点眼液０．４％	グラアルファ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	5/7 ブリモニジン点眼とブロムフェナク点眼の両方が処方されていた。5/14 は処方はなくアイファガン点眼(ブリモニジン)は中止と口頭で指示があったと聞き取り。5/21 ブロムフェナクのみ処方削除、ブリモニジン処方が削除されていないため疑義照会しブリモニジン削除、ブロムフェナク処方へ変更になった。	薬品名が似ていた。医師の指示が先発名称であった。ブリモニジンは一般名処方であった。	一般名処方時先発名称も併せて説明。	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	今まで他病院で顔にクロベタゾン酢酸エステル軟膏処方されていた方。「今回受診した医師より強すぎるので、弱い軟膏に変更する。」と言われていた。処方内容はアンテベート軟膏が処方。処方内容に疑問あり。クロベタゾンをクロベタゾールプロピオン酸エステルと間違えている可能性あり照会。医師より、アンテベートは削除。今までの薬で様子見るように指示あり。	クロベタゾン酢酸エステルをクロベタゾールプロピオン酸エステルと間違え	ステロイドの強さやそれに応じた部位への対応など確認しながら投薬するようにする。			アンテベート軟膏０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
274	1月２５日来局。内科処方箋。レザルタスHD１錠１×朝食後、オルメサルタンOD４０ｍｇ　1錠　１×朝食後の処方箋を受け付ける。前回まで、オルメサルタンＯＤ20ｍｇ　1錠　1×朝食後だったが、今回４０4ｍｇに増量していた。レザルタスＨＤにもオルメサルタン２０ｍｇが含まれており、オルメサルタン40ｍｇ／日から60ｍｇ／日へ増量。オルメサルタンの投与量が1日最大40ｍｇの為、疑義照会。オルメサルタンＯＤ２０ｍｇ錠1錠　1×朝食後に、変更となった。	合剤の用量を把握して、他の薬との用量が誤っていないか、確認する。	変更点があれば、患者にも聞き取りを行い、疑義照会する。			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
275	3歳の患者の家族から小児用ムコソルバンDS1.5%、400mg（成分量）1日3回毎食後、5日分の処方を受けた。患者の家族から体重は14kgと聴取した。小児用ムコソルバンDS1.5%の用量は成分量として1日0.9mg/kgのため、用量についてと名称類似の誤りの可能性も含めて疑義照会を行ったところ、ムコダインDS50%、400mg（成分量）に変更となった。	処方医はムコダインDS50%と処方しようとしたところ、選択を誤り医薬品の名称類似である小児用ムコソルバンDS1.5%を処方したと考えられる。	用量について確認するだけでなく、他の誤りの可能性についても考慮する。	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
276	初薬で、レボセチリジン(5)4T(20ｍｇ/日)分２処方。添付文書と乖離しているので疑義照会。入院中のセチリジン(10)2T(20ｍｇ/日)分２からの変更で、Drは入荷が難しいことから同効薬への変更を考えていたが、用量をセチリジンと同じ20ｍｇにしてしまった様子。レボセチリジンは症状に応じた最大量の10ｍｇ/日に変更となった。	レボセチリジンとセチリジンで名称が似ており、Drは用量も同じと勘違いして処方した可能性がある。	薬局では、その方にとっての初薬（中断後久しぶりのケースも含む）を調剤する際には、添付文書の用量と照らし合わせてチェックすることを徹底する必要がある。			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
277	血液検査の結果を確認したところカリウム値が低値とのことで、K製剤を開始する旨が血液検査のメモに記載されていた。しかし処方箋を確認したところアスパラＣａ２００が処方されておりアスパラＫの誤りではないかと疑義照会を行った。その結果、処方医はアスパラＫを処方するつもりが誤ってアスパラＣａを処方してしまったことが判明した。	商品名の最初がアスパラで始まることから誤って処方入力されてしまったと考えられる。	血液検査の結果を確認し、どの数値に異常があるかを確認することで処方意図を推察する。医療機関に対して、誤りが起こりやすい薬剤について情報提供を行う。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム散５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
278	ノボラピッド注フレックスタッチを使用中の患者。今回処方にてノボラピッド30ミックス注フレックスペンへ変更。成分の変更があるにも関わらず指示用量に変更がないことに違和感を覚え、また患者より成分の変更の説明はなかった旨を聴取、処方変更ミスの可能性があると考え疑義照会を実施。ノボラピッド注フレックスペンが正しいことを確認した。	ノボラピッド注フレックスタッチは出荷調整がかかっており、メーカーからの代替薬としてノボラピッド注フレックスペンが通知されている。その点を配慮し処方変更されたが、処方時の医薬品マスタから医薬品名の文頭・末尾のチェックのみで選択されたことが、処方ミスにつながったと考えられる。	ノボラピッド注製剤の出荷調整状況および代替薬の通知状況をスタッフで再度共有、指示用量や患者への診察時の説明などを考慮し処方が適正であるかをチェックするよう周知した。	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
279	ベタニス錠２５ｍｇが処方されたが、患者さんから症状を伺ったところ、鼻炎の症状だけで頻尿の症状はないとのことであったため、疑義照会、ビラノアＯＤ錠２０ｍｇに変更となった。	名前と文字数が似ているため入力を間違ってしまったと思われる。	初めて処方される薬の場合、患者さんから症状を確認し処方内容に問題がないかしっかり確認する。	ベタニス錠２５ｍｇ	ビラノア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
280	平素から当薬局を利用している患者で、フェブリク錠10mgの新規処方あり。用法が2ｔ/朝夕食後での用法用量だったので通常1日1回であるが問題ないか医師へ疑義照会実施したところ、フェロミア錠50mg　2ｔ/朝夕食後　の処方誤りであることが分かった。	処方時に、頭の2文字が同じであることから選択ミスが起きたと考えられる。	検査値のコピーがあり、高尿酸血症と判断するには数値的に低めであった。Hbは低めだったので疑義照会後の薬剤変更は妥当であると考えられる。監査時には検査値の変動を確認しながら処方薬剤が適切か判断することを徹底する。	フェブリク錠１０ｍｇ	フェロミア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
281	今回新規でノボラピッド50ミックス注フレックスペンの処方あり。使用回数が1日3回となっており、添付文書と用法異なるため問い合わせ。確認時「ノボラピッド注フレックスペンとカルテに記載あり」と回答頂いたため、今回処方した薬とは別製剤であることを説明したところ、ノボラピッド注フレックスペンに変更となった。	処方箋入力側の知識不足	新規薬が処方された場合は、必ず添付文書の確認を行う。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
282	血糖値が高値でインシュリン治療開始に処方されたが、使用法に違和感があり患者に使用を待ってもらうよう連絡して処方医に確認。自己血糖の値に応じて投与量を決めるスケール打ちだったので即効型のインシュリンを処方予定と判明。	オーダリングシステムによる処方医の入力で、最初の入力で出てきた薬剤を入力してしまった。	患者から診察でどのように使用するか確認のうえ投薬するよう周知。	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
283	エベレンゾが処方されたが、前の病院ではエペリゾンが処方されていたため、処方間違いではないか疑義照会を行った	医師の処方箋の薬品名入力間違い	お薬手帳と処方の比較を行う	エベレンゾ錠５０ｍｇ	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	カナグル錠100mgが新規処方となったが、前回処方に続きカナリア配合錠も処方となっていた。カナグリフロジンが重複となるため疑義照会した結果、カナリア配合錠が削除となった。	処方の際、前回処方をコピーしたものと考えられる。	単剤→合剤に変更の場合(逆も同様)、成分の重複や上限超過がないか注意して鑑査している。			カナリア配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	グルベス服用中の患者。該当処方からシュアポスト0.5mg追加となった。グルベス配合錠だが継続で良いか処方照会したところ、単剤のベイスン0.2ｍｇに処方変更となった。	合剤の成分を認識しておく。	処方変更時に重複していないか確認を怠らない。	グルベス配合錠 シュアポスト錠０．５ｍｇ	ベイスン錠０．２ シュアポスト錠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
286	めまい症状で来局、メスチノン６０ｍｇがめまい時で処方されていた。患者からベタヒスチン錠６ｍｇを処方医に見せたことを確認し、疑義照会したところメリスロン錠６ｍｇに処方変更になった。	名称、規格ともに類似のため薬品選択を間違えたものと推測される。	処方されている薬が正しいか患者から話を伺うことで確認し、疑問点があれば疑義をしている。	メスチノン錠６０ｍｇ	メリスロン錠６ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
287	今まで処方されたことのない沈降炭酸カルシウム錠の記載があり、患者様にお話を伺ったところ、処方意図が不明瞭であった。今回は（制酸剤）と一般名の後に記載されていたので、胸やけや胃痛などの訴えがないことを確認。整形外科からL-アスパラギン酸Caの処方は以前からあり、その話をしたとのこと。また、L-アスパラギン酸であれば、定期の処方薬が残っており、特に不要である旨聞き取り、処方医に疑義。推察通り、L-アスパラギン酸Caとの処方間違いであり、他院重複もお伝えし処方削除となった。	診察時において患者様のカルシウムという言葉が頭に残り、一般名を検索し、カルシウムのついた一般名を選択したと考えられる。	特に患者様にとって新規の薬に関しては用法の確認を行い、適切な症例であるかを判断する。またお薬手帳、患者様のお話、薬歴を活用し近い薬がないかなど確認し、適切に疑義を行う。			【般】沈降炭酸カルシウム錠500mg（制酸剤）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
288	前回、（般）L-アスパラギン酸カリウム錠300ｍｇ　３錠　分３　毎食後　で処方されていた。今回、（般）Ｌ-アスパラギン酸Ｃａ錠200ｍｇ　２錠　分２　朝夕食後　で処方されていた。疑義照会の結果、前回処方されていた　（般）Ｌ-アスパラギン酸カリウム錠300ｍｇ　２錠　分２　朝夕食後　の減量だった。	一般名が似ているため、減量時に入力するときに間違えたと思われる。	前回の処方と照らし合わせ鑑査することが大事。急にカリウム剤からカルシウム剤に変わることはないと思われるため、疑いを持って鑑査をした。	アスパラ－ＣＡ錠２００ｍｇ	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
289	シダキュアが処方されていたが、患者聞き取りにより、患者はスギ花粉アレルギーではなくダニアレルギーであることが発覚し、医院に疑義照会し、ミティキュアに変更となった。	医薬品名が似ていた為の入力ミス	まずは患者に対して聞き取りを行い、薬の処方を確認する	シダキュアスギ花粉舌下錠２，０００ＪＡＵ	ミティキュアダニ舌下錠３，３００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	２歳に処方禁忌のプロトピック軟膏0.1%が処方されており、医師に疑義照会しプロトピック軟膏0.03%小児用へ変更となった。	医師の処方時には気付かなかったと推測される。	年齢により規格が異なることを再確認する。			プロトピック軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	今回初めてのお薬で、エカード配合錠HDが1日2回で処方されていたため、用法用量確認で疑義照会しました。その結果、お薬が間違っていたようで、エクメット配合錠HDへ変更となりました。	五十音順でエカとエクが近いため、処方入力時に間違えて入れてしまったものと考えられる。	処方変更時、用法用量、患者さんの聞き取りなどでチェックできるように　しっかり確認する。	エカード配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	当薬局に久しぶりに来局され、７歳の小児にプロトピック軟膏0.1%が処方されていた。プロトピック軟膏0.1%は小児に対して禁忌となっている。お薬手帳より他院処方でプロトピック軟膏0.03%小児用の使用があったため、患児の母親に聞き取りをしプロトピック軟膏0.03%小児用を継続処方のはずと確認。処方医に電話で疑義照会をした結果、プロトピック軟膏0.03%に変更になった。	プロトピック軟膏を選択する際、誤って0.1%を選択してしまったと考えられる。	規格違いで適応が異なる医薬品について職員に周知する。監査支援機器を必ず確認する。			プロトピック軟膏０．１％ プロトピック軟膏０．０３％小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
293	今回ルプラック４ｍｇ（利尿剤）の処方追加があったが患者との話にてアレルギーの薬が追加になるとの事だった。当薬局での採用にルパフィン１０ｍｇがありそれと間違えて処方されていたので疑義紹介で変更してもらう事になった。	午前終わり掛けで患者数も多かったし頭文字だけで確認不足になってしまったのだと推察される。	患者さんの状態、医師との話を再度確認して間違いの可能性が高かったので疑義紹介にて対応。	ルプラック錠４ｍｇ	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	調剤者が調剤中に、セフカペンピボキシル錠100ｍｇが６錠毎食後で処方されていることを不審に思い、医師に用量につき疑義照会すると、医師はセファレキシン錠250ｍｇを処方したつもりだったことが発覚する。	医師と看護師の連携不足、また薬剤名が類似していることも要因と考えられる。	監査者だけではなく、調剤者もしっかりと処方監査を行い、適切な用法、用量で処方されているか、常にダブルチェックを行う。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セファレキシン錠２５０「日医工」		ヒューマンエラー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	アモキサン25ｍｇの処方だったが、アモキシシリン250ｍｇが正しかった様子	類似名称だったため、間違えたと思われる。また、アモキサン25ｍｇは以前自主回収となっており現在は流通していないことや、5日分と短期間処方だったこともあり、発覚しやすかった。主治医は他院で処方されたものを患者の希望で出されたようす。処方慣れしていなかった様子。	薬歴管理で、他院で直近にアモキシシリンが処方されていたこともわかり、主治医の意図とあわせて間違いに気づきやすい状況だった。薬歴管理の重要性。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル１２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方されていたが、薬歴や手帳を確認したところいつも使用しているものはノボラピッド注フレックスペンであった。薬の変更を聞いていなかったため問い合わせ、ノボラピッド注フレックスペンに変更となった。	名称の類似による入力時の誤り	名称が類似しているものに関しても確認を徹底している。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	当薬局を継続利用していただいている患者様で、今回病院を変更したとのお話があった。処方はバルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」を1日3回服用となっていた。疑義照会により、以前から服用しているバルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」　1日3回に変更となった。	以前からバルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」を1日3回で服用していたため、新しい病院でお薬手帳を確認して処方されたと考えられる。今回バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」は徐放製剤の為、1日1回服用であり、処方薬選択時、用法の入力間違いがあったと推定。	名称が類似していても、用法が異なるものがあることを認識し、日頃より確認している。病院が変更になった際は特に注意している。			バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	8歳。カロナール細粒５０％　２．５ｇ　分３　毎食後　7日分の処方。普段はカロナール細粒２０％で処方されており、年齢体重を考えても量が多いため、疑義紹介した所カロナール細粒２０％に変更になった。	処方入力時のカロナール細粒の選択の誤り。確認不足。	患者への体重の聴取、医師との処方内容の擦り合わせ。疑問点あれば医院に疑義紹介を行う。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	マイスリー錠５ｍｇを以前に他の薬局でもらったことがあるが、当薬局では前回はベルソムラ錠の処方であった。朝が早くて起きれるか心配であり以前のマイスリー錠をきぼうしたところ、１０ｍｇの処方であり本人に確認したら見た目が違うとのことで疑義照会し５ｍｇの処方に変更となった。	患者さまがマイスリー錠の規格が二種類あることを知らなかった。お薬手帳がなく、医師はご本人に規格の確認をしていなかった。	今後も薬の確認を一緒にしてもらい、お薬手帳を持参するように啓発する。			マイスリー錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	ワイドシリン細粒20%3ｇ分2で処方されたが、体重換算すると、ワイドシリン細粒10%3ｇ分2ではないかと予想疑義照会した。ワイドシリン細粒10%3ｇ分2に変更になった。	処方医の入力ミスか、思い違いかは不明だが、必ず体重換算すれば容易に間違いに気付けると思われる。	小児の薬量においては、必ず体重換算を行っている。	ワイドシリン細粒２０％	ワイドシリン細粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	以前よりタケルダ配合錠を服用していた患者様が今回処方よりタケルダ配合錠からアシノン錠に変更になり、バイアスピリン錠の処方がなかったため疑義照会をした。	医師はPPIからH2ブロッカーに変更しようとした際に、タケルダ配合錠を配合錠と認識しておらず、名称が類似しているタケキャブ錠単体と混同して認識していたため、バイアスピリンの処方が抜けたと考えられる。	タケルダ配合錠とタケプロン錠、タケキャブ錠のように、よく似た名前の薬があるため、当局でも注意していく。配合錠は何の薬が合わさったものかをしっかり理解して、間違いを起こさないように注意する。	アシノン錠７５ｍｇ	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	
302	15歳男児、お母様と久しぶりの来局。キシロカインビスカスが処方されていたが用量過量、表面麻酔で用途不明のため問い合わせたところ、口内炎の治療でキシロカイン液に変更になった。	病院側の知識不足。キシロカイン液とキシロカインビスカスで名称類似のため誤って処方されたと考えられる。	用途不明の処方が来た際、スタッフ間で相談する事や念のため病院に問い合わせをすることが重要である。	キシロカインビスカス２％	キシロカイン液「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
303	ロキソプロフェンテープを使用したが、粘着が強く、剥がす時に痛みが生じると患者さんより相談があり。受診時にその旨伝えていたが処方変更されていなかった。	テープに使用されている基剤と患者さんの肌の状態がミスマッチだったと推定される。	当薬事に使用状況や副作用の発現などをしっかりと聞き取ります。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＦＦＰ」	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	小児に対する処方。アスベリン散10%が処方されていたが明らかな過量投与だった。疑義照会にて適正量に減量。アスベリンDS2%と間違えていたとのことだった。	アスベリンDS2%とアスベリン散10%の入力時選択ミス。	規格を含めて、処方監査を徹底して行う。			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
305	ロキソニンとムコダインが処方されていたため患者へ聞き取りを行うと、横腹の痛みにより受診しており風邪症状はないとのことだった。疑義照会を行うとムコダインではなくムコスタの間違いであり変更にいたった。	処方の確認不足	患者への聞き取りにより処方意図をくみ取ることで、処方薬が適切かどうか判断する	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
306	ジスロマック600?r1回1錠　夕食後　7日分の処方箋を受付。ジスロマック600?rの適応症は後天性免疫不全症候群に伴う播種性MAC症であり、患者様に確認。口腔内の腫れがありその治療のためとのことだったので処方医に疑義紹介を行った結果、ジスロマック250?r錠1回2錠　夕食後　3日分の処方に変更となった。	処方医が用法用量を確認し損ねた結果、適応症が違う規格のジスロマックを処方されたのではないかと思われる。	規格により適応症の異なる薬剤が処方されたときは薬剤師同士で確認しあいながら調剤を行っている。			ジスロマック錠６００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
307	新規患者でプレドニン眼軟膏０．２５％　５ｇ、ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％　５mL処方箋記載あった。初回問診票にてかゆみで受診を記載あり、投薬時眼圧の上昇の有無を確認したところ、検査では眼圧はかっておらず、診察のみであった、眼圧はあがっていることはないとのこと。疑義照会にて確認しアレジオンLX点眼液０．１％に変更となった。	入力ミスと推測される。	どういった症状で受診したかは口頭でも確認するようにしている。	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	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
308	以前にＡ総合病院医に入院していた患者である。Ａ総合病院に入院中はインルリンリスプロＢＳ注ソロスターＨＵを使用していた。退院後はＢ内科にて薬をもらうような指示が出ており、Ａ総合病院からの紹介状を持参しＢ内科を受診した。Ｂ内科でインルリンリスプロＢＳ注カートが処方された。疑義照会を行い、インルリンリスプロＢＳ注ソロスターＨＵへ変更となった。	医師の処方間違い。	患者にくすりの確認を行い、処方間違いが発覚した。初めての薬の場合は特に注意を払い確認を行う。	インスリン　リスプロＢＳ注カート　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	憩室炎で薬が出たと患者様がお話されていたが、アモキサンカプセルが処方されていた。類似名称のアモキシシリンカプセルの誤りかと判断し、疑義紹介をおこなった	病院での処方入力の際に、類似名称薬を誤って選択してしまったと考えられる	類似名称薬に注意するよう周知する	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た事例
310	他院でミオナール５０ｍｇを服用している患者にミオナール５０ｍｇの処方があった。他の処方内容も鉄剤と眠剤であり、患者との投薬時の話の中でミオナールについての話は医師とは何もしてないことを確認。重複と処方の入力ミスの可能性を考慮して医師に疑義照会を行った。その結果、ミオナール５０ｍｇではなくシナール配合錠の入力ミスであることが判明した。	ミオナールとシナールの響きが似ている為入力ミスが起きたと思われる。	手帳、薬歴等での情報の確認はもちろんの事、投薬時に出た薬について間違いないか患者と確認を必ず行う。	ミオナール錠５０ｍｇ	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
311	・他病院から近隣病院へ転院された患者様で、当薬局は初めての利用でした。これまでは、メトホルミン錠２５０ｍｇ６錠を服用されていました、お薬手帳により確認。今回の処方箋では、メトホルミン錠５００ｍｇ６錠での記載がありました。上限量も超えていますし、前回お薬手帳の記載とも異なる為疑義照会を行いました。２５０ｍｇ６錠へ変更となりました。	・医師のカルテもしくは処方箋への入力時に誤って２５０ｍｇのところ５００ｍｇで入力したと思われます。	・お薬手帳での前回記載の確認や、パソコンのシステムとして上限量の設置。			メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「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
312	処方入力時にアモキサンカプセル25mgが在庫がないため調剤事務より発注をどうするか確認があり、処方も確認。その際トラネキサム酸250mg錠等の感冒薬、アモキサンカプセル25mgとミヤBMが同Rpで出ていることを確認。患者も扁桃腺炎による感冒症状のため抗うつ薬であるアモキサンカプセル25mgが処方されることはないと考え処方元の病院に疑義照会。入力間違えと返答があり、アモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	名前の類似、規格の類似で入力時に気づかなかった可能性がある。	マニュアルとしてなくなったが成分量計算、処方解析を行い症状に対して適切な薬が処方されているか確認。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
313	カナリア配合錠を服用していて体重がすごく落ちたので薬を変更してみようということになった。カナグル錠100mgとデベルザ錠20mgが処方された。どちらとも選択的SGLT2阻害剤で薬効が重複しているので疑義照会を行ったところカナグル配合錠がテネリア錠20mgに変更になった。	医師がカナリア配合錠の名称から連想してテネリア錠ではなくてカナグル錠を勘違いして処方してしまったと思われる。	糖尿病薬の写真付きの一覧表を薬局内に掲示して薬効の違いを把握している。	カナグル錠１００ｍｇ デベルザ錠２０ｍｇ	テネリア錠２０ｍｇ デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
314	今回消化器科の継続処方にモメタゾンフランカルボン酸エステルローション０．１％「イワキ」20ｇ1日2回塗布が追加。患者と対話した所、特にかゆみなども無くローションは頼んでいない。しばらく前に出ていた点鼻の薬の追加をお願いしたと話があった。以前ナゾネックス点鼻液50μｇ56噴霧の処方履歴あり。疑義照会で確認した所、モメタゾンフランカルボン酸エステルローション０．１％「イワキ」削除。[般]モメタゾン点鼻液50μｇ56噴霧用2キット1日1回1回2噴霧両鼻が追加になった。	共に一般名がモメタゾンで始まるため、処方をする際に薬剤の選択ミスをした可能性がある。	患者との対話により意図していない処方が出ていたため、疑義紹介を行い正しい処方薬に訂正してもらった。	モメタゾンフランカルボン酸エステルローション０．１％「イワキ」	ナゾネックス点鼻液５０μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	患者は2023年11月にトアラセット配合錠を処方され服用したが服用後　錯乱　言語障害が生じたため服用中止になっていた　トアラセット配合錠を処方した医療機関から　手術のために他の医療機関に転院になった　その際　患者の薬の情報が伝わっていなかった　。　本人と家族はトアラセット　（トラムセット）は副作用で中止になった薬と分かっていたが　処方箋が一般名処方で　トラマドール・アセトアミノフェン配合錠となっていたので　トアラセット配合錠のことだとは気が付かなかった　　処方箋をかかりつけ薬局に持ってきて　かかりつけ薬剤師が　中止になった薬と気が付いてすぐに疑義照会して中止になった	処方箋が一般名処方になると成分名で記載される為　配合錠は薬剤名が記載されないので　分かりにくくなる患者の副作用情報が医師に伝わっていなかったこと薬剤名が処方箋に記載されなかったことで　中止になっていた薬が処方されても分からなかった	副作用情報の記録は必ず確認する特に一般名の薬剤は患者に分かりにくいので　お薬手帳でも必ず確認する			トアラセット配合錠「Ｍｅ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
316	毎月受診されている患者さんです。それに、毎月ほぼ同じお薬が処方されています。今回はめまいが起こり吐き気で食事が出来ないと別日に受診されました。めまいと吐き気があるということでベタヒスチンメシル塩酸塩錠6ｍｇとドンペリドン10ｍｇが処方されました。処方箋の入力時に重複薬に気付き薬歴とも確認しました。毎月、ドンペリドン10ｍｇが処方されているにもかかわらず今回も処方されていたので疑義照会をし削除になりました。その際、DRから通常は食後服用ですが吐き気で食事ができないということで吐き気が続いている間は食前服用する指示をいただき患者様に伝えました。	入力している事務と薬剤師の連携で重複服用による副作用の発現防げました	新しいお薬が処方された時には事務さんに声をかけてもらっています。その上で処方薬が新規のお薬かDOのお薬かを薬歴で確認するようにしています。			ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	アイベータ配合点眼液を使用中の患者にグラアルファ配合点眼液が追加された。アイベータとグラアルファでブリモニジンの成分が重複しているので疑義照会したところ、グラアルファ配合点眼液からブリモニジンの成分を抜いたグラナテック点眼液に変更になった。	緑内障の点眼液は合剤が多く販売されており、医薬品名からでは配合されている成分が重複していることに気が付かなかったか、名称が似ているので処方入力時に選択を誤った可能性がある。	合剤が追加になった場合は成分を含め再度確認を行う。	グラアルファ配合点眼液	グラナテック点眼液０．４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	平素より当薬局を利用している患者である。内科からプロメタジン1.35%配合非ピリン系感冒剤（PL配合顆粒）とプロメタジン6.75ｍｇ等配合非ピリン系感冒剤（ピーエイ配合錠）が処方されていた。薬剤の重複であったのですぐに疑義照会をしPL配合顆粒が処方削除となった。	医師からの処方は一般名処方であり、処方入力の際の誤操作によるものであると考える。	処方を受け付けた際には処方鑑査を丁寧に行い、疑義が生じた際には過ぎに医師に確認をとる。			ピーエイ配合錠 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
319	以前から通院中の患者が、処方変更でデパケンR錠200mgが初めて処方された。デパケンR錠200mg　3錠　分3毎食後となっていたが、デパケンR錠は徐放性製剤のため、分1または分2で服用するため、疑義照会を行った。結果、デパケンR錠200mg　2錠　分2朝夕食後に変更となった。	デパケンは普通錠のデパケンと徐放錠のデパケンRがあるため、医師が混同したと思われる。	デパケンが2製剤あること、ジェネリックはメーカーによって名称が異なる（SRと徐放A）の再確認を行った。			デパケンＲ錠２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	患者は今回から病院が変更になった。リクシアナOD錠３０ｍｇを1日1回、1回1錠服用していたところ、出血傾向が生じた。そのことを病院受診時に医師に相談して薬を減量すると医師から言われた。しかし、処方箋にはリクシアナＯＤ錠60ｍｇ1日1回、1回0.5錠の記載であった。薬剤交付時に患者と話をしたところ、成分量が変わっていないため疑義照会をした。その結果、処方がリクシアナOD錠３０ｍｇ1日1回、1回0.5錠に変更になった。	転院したため、処方入力にミスが生じた。新人の医療事務が処方箋入力を行ったため、処方入力にミスが生じた。	薬局では毎回薬の変更について説明して、変更があれば医師とどういった話をしたか確認している。			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
321	今回処方　変更前ファモチジンＯＤ錠　朝夕食後 ブロプレス錠　　毎食後ミヤＢＭ細粒 毎食後ナウゼリンＯＤ錠　吐き気時 他病院での継続処方薬プレドニン錠・エソメプラゾールカプセル・シクロスポリンカプセルドルモロール配合点眼・グラアルファ配合点眼・タフルプロスト点眼 変更後ファモチジン削除ブロプレス→ブチルスコポラミンへの変更指示　再度疑義実施→フェロベリン配合錠 胃腸炎の為来局本人体調不良のためご家族（配偶者）来局の状況処方より胃腸炎を疑うもブロプレスの処方に違和感あり手帳よりネキシウム服用あり　ファモチジンと併用の必要性疑問上記疑義照会実施ファモチジン削除　ブロプレス→ブチルスコポラミン錠への変更指示がでたが当該患者緑内障もあり状態不明　リスク回避の為他剤への変更を再度提案しフェロベリンへの変更へ至る	・医師が患者の既往歴やおくすり手帳の内容をしっかり確認されておらず重複や禁忌が発声・カルテにはブチルスコポラミンと記載があったようだがそれを処方に転記する医療事務員のミス確認漏れも合わせて発生複数のミスが重なり処方の意図がまったくわからないないようになってしまっている状況	手帳や聞き取りの100％実施代理人などで聞き取りが不十分はケースは電話などでの本人への聞き取りの実施当該転記ミスは病院医事の未熟な状況のまま未確認が原因今年度採用の医療事務によるものであったこと、同様の転記ミスが散見されることから、病院側へ処方を患者にお渡しする前に再度記載内容の確認を依頼	ブロプレス錠２	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	
322	2024/6/14に86歳の方と付き添いでご家族がいらっしゃり、定期の薬に今回からウブレチド錠5ｍｇ1錠分1朝食後とエチゾラム0.5ｍｇ4錠分2朝夕食後が追加されており、投薬者は排尿障害による睡眠不足もありエチゾラムが処方されたと判断しお渡し。その後6/25にご家族が来局され、エチゾラムを飲んで本人が倒れてしまい救急車で運ばれた。命に別状はなく今は落ち着いているとの事。ただ病院の先生に確認したところ先生はエチゾラムは処方していないと薬局に来局。当日の処方を確認し、エチゾラムは処方されていたため疑義照会を行い、病院の事務がエブランチル15ｍｇと入力を間違えてしまったとの事	病院の事務の入力間違い投薬時の患者との話す内容が甘い	新規や薬が変更になったとか限らず患者の話をよく聞くこと	エチゾラム錠０．５ｍｇ「アメル」	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
323	患者さんに糖尿病歴はないがジャディアンス25mg追加となる処方箋をうけとり、心保護目的での追加なら10mgのはずなので医療機関に問い合わせとなった。	元々来局歴のある患者さんだった為、糖尿病ではなく心保護目的だろうと判断できた。	医療機関からの病歴の情報はないが、元々来局歴のある患者だった為糖尿病ではないと確信が持てた。			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
324	体重25kg、初回来局の方。オゼックス錠75mg（5錠分2朝夕食後）の処方を応需。1回量が180mmgを超えるため添付文書上の上限を超えていた。1日量と患者の体重からオゼックス小児用60mgと誤った可能性が高いと思われ、疑義照会実施。結果オゼックス錠75mgから小児用60mgへ変更となった。	処方内容の確認不足	最近オゼックス錠小児用60mgの処方頻度が上昇している傾向であったため、規格の選択を誤ったものと思われる。小児からの体重換算は引き続き注意深く行いたい。			オゼックス錠７５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	４歳（18ｋｇ）の患者に対してアスベリン散10%1ｇで処方あり。処方量として不適切なため疑義照会おこない、アスベリンDS2%　1ｇへ変更となる。	医師の知識不足か、アスベリン散とDSの入力間違いかが想定される。	複数規格あるものについてはしっかりと把握し、それぞれの適正処方量を考えながら調剤、鑑査をおこなう。			アスベリン散１０％ アスベリンドライシロップ２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	ダルベポエチン　アルファＢＳ注射液３０μｇシリンジ「ＭＹＬ」とダルベポエチン　アルファ注射液３０μｇシリンジ「ＭＹＬ」の入力誤り	名称類似の為	引きつづき規格や剤型以外も鑑査時に注視して確認を行う。	ダルベポエチン　アルファ注３０μｇシリンジ「ＫＫＦ」	ダルベポエチン　アルファＢＳ注射液３０μｇシリンジ「ＭＹＬ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
327	炎症反応があり感染が疑われている状況で、オークル錠が処方されていたため疑義照会した。オークル錠ではなく、オーグメンチン配合錠とカルテに記載されていたことを電話で確認。	名前の似ているものを間違って選んだと思われる。以前にも同じ間違いがあった。	疑問に思ったら疑義照会する。	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
328	処方箋上の記載はカロナール原末2.5g、朝夕分2の処方であったが、カロナール散20%の記載ミスを疑い疑義照会を実施したところ、カロナール原末はカロナール散20%に変更となった。	医療機関側のレセコン入れ替えの時期であったため、医薬品マスタの登録が未実施であったため、採用薬と非採用薬を混同したものと考える。	レセコン入れ替えの時期は、規格、類似名称等普段以上に留意し監査を実施する。			カロナール原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
329	前回処方エイゾプト点眼液だったがブリモニジンに変更となっていた。患者確認を行ったが医師より変更の話はなかった為疑義。記載不備と発覚	医師の記載ミス	医薬品の変更があった際は患者へのヒアリングを行う	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＮＩＴ」	エイゾプト懸濁性点眼液１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	総合病院の眼科よりメルカゾールが初めて処方される。患者からの聞き取りで、症状は目のかすみ、目の検査は丁寧にしてもらったが採血はしていない。患者は以前より同病院の内科に掛かっており長期にわたってチラージンを服用されていたため、眼科処方医に疑義照会を行った。メルカゾールは間違いでメチコバールを処方しますとの返答あり。	処方医の薬品名取り違え。	併用薬の確認の徹底。患者から症状、受診時のやり取り、処置・検査内容等の丁寧な聞き取り。感じた違和感を放置しないこと。	メルカゾール錠５ｍｇ	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
331	土曜日の午後は医師がワンオペで対応し処方箋も入力しているが、類似の薬品名記入ミスが多く注意が必要。0.3%の小児用アンブロキソールシロップで出すべきところをアンブロキソール内用液0.75%で処方されていた。過量となる為、疑義照会により正しい薬品に薬品名が修正された。	普段処方箋の入力は事務員さんがやっておられるため、医師一人で入力する時間帯は類似の医薬品と間違えないように店舗内でも事例を共有する。	医薬品の類似品の間違いを起こさないように、ヒヤリハットをまとめてしておく。	アンブロキソール塩酸塩内用液０．７５％「ＪＧ」	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
332	グルベス配合錠２錠分２朝夕食直前で服用中の患者。新規追加の形でグルファスト錠5mg２錠分２朝夕食後の処方であり、今回メトグルコ錠500mgへ変更しようとした際の入力間違いと思われる。過量投与かつ食後の用法であったため疑義照会。メトグルコ錠500mg２錠分２朝夕食へ変更となる。	前回までメトグルコ錠250mg４錠分２朝夕食後の処方であり、今回メトグルコ錠500mgへ変更しようとした際の入力間違いと思われる。	用法用量、重複投与の確認徹底。	グルファスト錠５ｍｇ	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
333	医療機関AからBへ転院。リリカカプセル25mgが新規処方。持参したお薬手帳から医療機関Cでタリージェ錠5mgを継続中であることを確認。患者本人に話を聞いたが、「お薬手量は提出したが、変更等話はなにもなかった」と聴取した。タリージェ錠5mgを服用中であることを見逃している可能性があるため疑義照会を実施したところ、リリカカプセル25mgの処方は中止となり、既存のタリージェ錠5mgを継続することとなった。	併用薬の確認不足と思われる。	同効薬重複での重複であり、服用することでめまいふらつきなどの発生リスクも上昇することで転倒リスクにもつながる可能性があった。当薬局でも重複の事例も多いため再度併用薬確認は注意して行っていきたい			タリージェ錠５ｍｇ リリカカプセル２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	ガスモチン錠5mg 3T、ムコダインDS50% 1500mg(成分量)、ムコソルバンDS1.5% 45mg(成分量)をそれぞれ 分3 毎食後 で定期服用されている患者様。今回の処方はガスモチン錠5mg 3T、ムコソルバンDS1.5% 1500mg(成分量) 分3 毎食後で処方されており、ムコソルバンの成分量を誤り、ムコダインの処方を忘れていると考えられたため、処方医に疑義。医師はDoのつもりで処方したと返答が返ってきたため、ガスモチン錠5mg 3T、ムコダインDS50% 1500mg(成分量)、ムコソルバンDS1.5% 45mg(成分量)に変更し 分3 毎食後で調剤した。	ムコダインとムコソルバンは販売名が類似しているため、名称を勘違いしてしまったと考えられる。	今回の場合、一般の用量と大きく異なるため、添付文書を参照するだけで気付ける範疇である。また、患者様からも薬剤変更や用量変更について処方医から特に話はなかったと口頭で確認が取れていたため、仮に他の名称類似薬であっても気付けたと思われる。名称類似の医薬品には十分に注意するよう社内で啓発を行っており、今後も気を付けて処方監査していきたい。			ムコダインＤＳ５０％小児用ムコソルバンＤＳ１．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	患者が泌尿器科の処方箋を持って来局した。ソランタール錠100mg0.5錠就寝前となっていたが、患者への聞き取りと、前回までの処方内容より医師に疑義照会したところ、ソラナックス錠0.4mg0.5錠の間違いであることが分かった。	医療機関において、処方箋を作成する際に間違えたのが要因と考えられる	引き続き薬局においては、薬剤服用歴や処方内容の確認及び患者からの聞き取りなどを徹底することとした。	ソランタール錠１００ｍｇ	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
336	患者が泌尿器科の処方箋を持って来局した。クラリチンレデイタブ錠10mg、1日1回就寝前2錠とあったが、通常の用量ではなかったので医師に疑義照会したところ、クレンブテロール錠10mg「ハラサワ」の間違いであることが分かった。	医療機関において、処方箋を作成する際に間違えたのが要因と考えられる。	引き続き薬局においては、薬剤服用歴や処方内容の確認及び患者からの聞き取りなどを徹底することとした。	クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
337	定期薬のジャヌビア錠50mg1錠分1朝食後にグラクティブ錠25mg3錠分3毎食後が追加された。同一成分であり用法にも疑問があったため疑義照会を行った。結果、医薬品の選択ミスでありチアプリド錠25mg3錠分3毎食後に変更された。	処方箋の入力時に別の薬品名を選んだようだ。	患者様家族と情報を共有し処方ミスに気付けるようにする。	グラクティブ錠２５ｍｇ	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
338	患者からの聞き取りによりコロナ疑いで今朝から発熱し受診したとの事で、うつ状態ではない事を確認した。疑義照会したところ、医師がペニシリン系の抗生物質を処方したとの情報を受け、薬剤の変更になった。	病院がアモキサンカプセルとアモキシシリンカプセルで頭文字３文字が同じため、入力を間違えたと考えられる。	初診患者からは情報をよくきき、ふだん扱いのない薬については、薬情報を確認し間違いないように気を付けている。	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た事例
339	一般名処方でデキサメタゾンクリーム0.1％の処方せんを持ってこられる。在庫がなかったため、他のメディアムのステロイド製剤へ変更を疑義照会で相談。オイラックスクリームを処方したかったが、オイラゾンクリームを誤って処方していたことが発覚した。	類似名称の選択間違え。	今回は在庫がなかったので問い合わせとなったが、在庫があった場合はステロイドの処方があると聞いたか否かの確認も必要である。	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
340	形成外科から【般】アクタリット錠100mg処方あり。在庫ないため取り寄せる話になったが、患者から話をお伺いすると、「学生実習で動物病院に行った際に猫に右手を噛まれた」とのことで、関節リウマチと全く関係がないことが判明し疑義照会。	アクタリットとオーグメンチンでやや薬の名前が類似しているため処方医のタイピングミスではないかと考えられる。	処方箋交付時、まずは患者から話を伺い、処方箋の内容と診察時の内容が合致しているか必ず確認するようにしている。	アクタリット錠１００ｍｇ「サワイ」	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	
341	通院先が変更になった患者への処方ミスを発見し、正しい処方に訂正を行った。・アイミクス配合錠ＬＤ１回１錠で治療中。「高血圧の状態は今まで同様に安定していた、薬の変更については医師から何も言及されていない」と患者の申し出。処方担当医は病院組織が変わったが、同一医師のまま。・転院先の処方がアイミクス配合錠ＨＤ１回１錠と高用量に変更されていた。電話で処方医に変更理由について疑義照会したところ、今回変更の意図はなく前回同様にアイミクス配合錠ＬＤの処方に修正となった。	２つの医療機関の統合において、電子カルテのデータ連携がとれておらず、過去データの引継ぎで手入力を行った。入力時に名称の一部で判断し、記号部分の成分量の違いについての認識が乏しかった。	処方内容に少しでも違和感があれば、薬剤交付前に処方医への確認を徹底する。			アイミクス配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	平素から当薬局を利用されている患者様で、今回チアプリド錠が初回で処方がされていた。しかし、頓服で腹痛時の用法で処方されており、本人も腹痛の症状があるから薬を希望したとのことであった。チアプリド錠の適応症に胃腸症状はないため、処方元の病院へ電話で確認し、チアプリド錠ではなくチアトンカプセルの入力間違いであることがわかり薬剤変更となった。	類似の薬品名であり、処方を入力する際に間違って入力されたと考えられる。	頓服薬の処方があった際は用法を最初に確認し、処方薬の適応症に該当するか添付文書等で確認を行う。今回は、目的とした薬効のある薬とは異なる薬剤が処方されていることに気づくことができ、患者の不利益を回避することができた。	チアプリド錠２５ｍｇ「ＮＩＧ」	チアトンカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
343	先月まで通院していたクリニックが急に閉院になり、転院されました。紹介状を作ってもらえなかったので、患者本人が治療の経緯をお薬手帳を使って先生に説明したそうです。検査や診察を終えて、処方箋を持って来局されました。過去にホスレノール錠の処方はなく、患者本人からも検査値も大きな変化はなく、お薬の一部規格などの変更は聞いているが、新しいお薬に変わるとは聞いていないとのことでした。疑義照会により、お薬の記載が間違っていたことが判明し、正しいお薬をお渡しすることができました。	一般名処方、薬剤名が似ていたため（炭酸ランタン口腔内崩壊錠500ｍｇ→炭酸水素ナトリウム錠500ｍｇ）選択を間違ったのではないかと推察します。	お薬が変更、処方量の増減は、患者本人に医師から説明があったかどうかを確認しています。さらに過去の薬歴やお薬手帳からの情報も併せて必要と判断した際は、疑義照会するよう努めています。	ホスレノールＯＤ錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
344	【般】プレドニゾロ軟膏0.5%　5ｇ　まぶた　1日２回で処方あり塗布部位がまぶたであるため、プレドニン眼軟膏の選択間違いの可能性もあるため、疑義照会プレドニン眼軟膏0.25%　5ｇへ処方変更となった	一般名と製品名が酷似しているため、選択を誤ったものと思われる	一般名の時は製品名と混同しやすいものが多数あるため、注意する	プレドニゾロン軟膏０．５％（タツミ）	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
345	メトグルコ錠250mgを継続服用していた患者様が広域病院へ受診したところメトグルコ錠500mgへ増量となっていた	医院から広域病院へ移った際の紹介状・お薬手帳の確認不足と思われる	事前薬歴確認の徹底			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
346	ゾフルーザ錠20ｍｇ　1日1回朝食後　1回3錠　1日分　　1日1回朝食後　1回1錠　4日分の処方を受け付ける。 患者様に確認し、コロナ陽性であることを確認。疑義照会をしてゾコーバであったことを確認。	ゾコーバのような特徴的な飲み方の薬は一度見ると覚えやすいと思うので、処方で出ていなかったとしてもスタッフ間で共有してもらえると過誤防止につながるかと思う。	コロナの用法用量について投薬したことや調剤したことがなかったとしても一度添付文書を確認している。	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
347	今回アデホスコーワ顆粒が追加となっている処方箋を持参された。アデホスコーワ顆粒を他院で処方されて服用中であることをお薬手帳で確認、本人から聴取し、病院へ疑義照会を行ったところ本来はアンブロキソールが処方されるはずだったことが判明した。	手帳記載されている場所を見間違えて処方したと思われる。	引き続き手帳などで併用薬の確認と患者様の症状を確認して、違和感を覚えた時には確認を行うなど基本に沿った投薬を行う。	アデホスコーワ顆粒１０％	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	もともとバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」2T2×朝夕食後で服用継続されている患者さんが、自宅近くの総合病院に紹介状を提出して転院し、初回処方された。一般名の記載がバルプロ酸ナトリウム徐放錠B200mgとなっており、現在存在しない薬剤名・ご本人も特に薬の変更については話がなかったとのことであったため、継続されているバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」で調剤する旨を薬剤部経由で医師に確認。すると、処方箋の記載をセレニカR200mgにすると返答あり。セレニカRと、バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」では効果時間が異なり、用法用量も変わってくるため、健康被害の恐れあり。上記について改めて薬剤部経由して医師に説明し、デパケンR200mgで処方記載を訂正してもらった。	病院内レセコンにおいて、処方薬の選択がうまくいかなかった可能性あり。また、バルプロ酸徐放錠に効果時間の異なる二つの先発品があることについて、疑義照会中の会話より、医師・薬剤部ともに知識が曖昧だった様子あり。	お薬手帳確認の徹底、患者さんからの服用状況の丁寧な聞き取りで、疑わしいと思った点については処方もとへ問い合わせることが重要と考える。			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	定期でミカムロ配合錠APが処方されており、患者希望でジェネリック医薬品（テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」）で調剤していた。3/9来局時、処方箋を確認したところ、処方名が(般)テルミサルタン80ｍｇ・アムロジピン配合錠と記載があり、ジェネリック医薬品（テラムロ配合錠ＢＰ「ニプロ」）で調剤。投薬の際に患者本人に変更点について確認したが、診察時に変更するなどの話はなかったとのことから疑義照会を実施し、入力間違いが発覚した。	3/9以前は先発品で処方記載されていたが、今回から一般名での記載へ変更となっていたことが要因と考えられる。	今後も処方変更があった際は、必ず患者と一緒に確認を実施していく。	テラムロ配合錠ＢＰ「ニプロ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
350	普段より当薬局を利用されている患者様。体調がなかなか安定せず、毎週処方変更が続いている。今回、リボトリール細粒0.5%3g分3の追加処方。通常用量1日2～6mgのところ、150mg相当にあたる為疑義照会。リボトリール細粒0.5% 3g 分3→リボトリール錠0.5mg 3錠 分3に変更に。	病院の導線上、印刷された処方箋をDrが確認すること無く受付に流れるシステムとなっている為、Drが直接処方箋を確認しないところが要因の一つ。またリボトリール錠0.5ｍｇとリボトリール細粒0.5%と名称酷似の為の誤りと考えられる。	今回は通常用量と処方量の差が大きかった為疑義照会をするに至った。知識を付けることで気づける誤りもあるので、自己研鑽を怠らない。			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	
351	FAXで処方せんを受け付けた患者である。定期処方に加えて、今回から新規でグーフィス錠とロンゲス錠の処方があった。グーフィス錠の用法の確認のため疑義照会を実施。 疑義照会を実施。薬剤師：「今回処方よりグーフィス錠とロゼレム錠が追加となっておりますが、グーフィス錠の用法について疑義照会です。」医師：「グーフィス錠は通常食前に服用ですが、服薬コンプライアンスを維持するのに難しいで食後のままの処方でお願いします。ロンゲスが出てますか？ロゼレム錠を出したかったんですが、ロンゲス錠になってしまっていました。」薬剤師：「グーフィス錠は処方通りですね。かしこまりました。ロンゲス錠からロゼレム錠に変更してお渡し致します。」	薬剤の文字数が同じだったため、処方間違いに気づかずに処方となった可能性がある。	今回は他の薬剤の疑義照会時に新規薬について触れたため発覚した。疑義照会をしていなくても投薬時に患者様とのお話の中で気づくことができる可能性が高い。変更点については特に注意を払いながら投薬を行う。	ロンゲス錠５ｍｇ	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
352	年齢・体重に照らして処方量に疑義が生じたため照会したところ、ムコソルバンシロップからムコダインシロップへ変更となる。	類似薬品名の確認不足。	体重・年齢等の患者状況に合わせた投与量の確認。	小児用ムコソルバンシロップ０．３％	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
353	新規の薬でグラクティブ錠25ｍｇが処方。風邪の処方箋で患者さんに話を聞いたら糖尿病ではないとの事。処方医に問合せしクラリシッド錠200ｍｇに変更。	パソコン入力の際、クラのみで入力し間違ってグラクティブ錠を選択したと思われます。	薬を渡すときに内容を全て確認してお渡ししてます。	グラクティブ錠２５ｍｇ	クラリシッド錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	ポララミンの成分名で処方　在庫入荷困難の為他成分に変更疑義　その際の変更内容を正しくはタリオンOD10ｍｇに変更のところ、エンペラシンに変更と勘違いする　処方前に気づいて訂正	お薬の変更について、類似成分の為間違えたと考えられる	昨今の医薬品不足による変更により、お薬の変更疑義が増えており、思い込みなどによる間違いが多くなりやすいので注意するように徹底	ポララミン錠２ｍｇ	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
355	今回より一般名処方で「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」が処方された前回までは先発のフェロミアで処方されていたが、それがなくなり「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」が追加されていた体調は特に変わらず、いつも通りの薬のはず、と患者様より聞き取り成分が違うが、フェロミアの一般名の「クエンサン第一鉄Na50」と名前の出だしが似ていたため、念のためDr.へ確認し、処方薬間違いが発覚	今回より一般名処方へ変更されており、出だしの「クエン酸」が同じだったため、間違ってしまったと考えられる	薬が変更されていた場合は、患者様へ体調変化を確認を徹底する			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
356	2歳6か月　小児科処方カロナールシロップ2%　5ｍｌ【般】アンブロキソール塩酸塩シロップ0.3%　3ｍｌ　分２　朝食後・就寝前　7日分カロナールシロップの定期処方に疑義が生じたため電話にて確認したところ、カロナールシロップではなく、ザイザルシロップ0.05%　5ｍｌ　の入力誤りとことことだった。	医師または事務員の処方箋入力時に、入力を誤ったものと思われる。	年齢体重換算時にカロナールシロップ5ｍｌで問題はないが、解熱剤をアンブロキソールと混合かつ定期服用という通常では用いない用法に疑問を感じた。今後も体重換算だけではなく、用法や通常頓用処方のものではないか、などの視点も忘れずに、少しでも疑義を感じたら、臆することなく疑義照会を実施していく。	カロナールシロップ２％	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
357	他科でマグミットを服用中の患者に対して酸化マグネシウム細粒が処方。限度量を超えていたため疑義照会	病院での併用薬確認不足	手帳や併用薬について確認			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
358	この度の処方で初めて、一般名処方でセレギリンが処方されました。適応症から鑑みて患者様には処方の適正さに疑問を感じ、処方医に電話にて疑義照会を行った。結果的にセレキノンに処方は変更された。	類似名であったために誤って選択してしまった可能性が考えられる。	薬剤師は薬品適応症と患者の疾患を意識しながら投薬しているため、今回の処方間違いに気づくことが出来た。	セレキノン錠１００ｍｇ	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
359	一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgと記載するところを、ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠と記載。	一般名を検索するときに、はじめの２文字だけで確定してしまった。	一緒にドンペリドン錠が処方されていたので、めまい症状を疑い患者にも症状を確認した所発覚した。引き続き処方内容や患者様からの聞き取りを行う。	セレスタミン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
360	施設入居中の患者様。11/1受診時にリスペリドン残あるためいらない、と受診付き添いの施設担当者が主治医に伝えたところ、医師は定期処方のリスペリドンOD錠と判断し処方削除へ。受診付き添いの方の意図としては、リスペリドン内用液の残があるということを伝えたつもり。投薬時に定期のリスペリドンOD錠が削除になっていることは伝えたが、窓口に来られたのは状況を把握されていない配送の方であったためそのまま投薬、11/20に施設の投薬担当者(受診の際付き添った方とは別の方)が薬をセットしているときに誤りに気付いて薬局に連絡があり、11/20にリスペリドンOD錠の追加の処方を病院に依頼。	処方医の判断ミスによる処方ミスを、施設担当者との連携により服薬前に気づいてアクシデントを未然に防げた事例	施設担当者との十分な連携、情報共有を継続する			リスペリドンＯＤ錠１ｍｇ「アメル」 リスペリドン内用液１ｍｇ／ｍＬ「ＭＥＥＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	ずっと、パルモディア錠０．１ｍｇを２錠分２朝夕後で服用中の患者さんに、今回からパルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ１錠分１夕食後が追加になっていた。普通錠と徐放性製剤の両方が同時に処方されていたため、疑義照会を行ったところ、今まで服用中のパルモディア錠０．１ｍｇは処方削除となった。	パルモディアを徐放性製剤に変更したときに、今までの飲んでいた普通錠を削除し忘れてしまったのではないと思われます。	処方内容が変更になっているときは特に、用法、用量を確認し、疑問点を解決させてから投薬することを徹底する。			パルモディア錠０．１ｍｇ 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
362	普段から当薬局を利用している患者。95歳女性。定期薬ででていたフロセミドが今回１０ｍｇ１錠分１から２０ｍｇ１錠分１へと増量となっていた。交付者が投薬時に薬を受け取りに来た患者家族に確認すると、増量については話を聞いていないと聴取。処方元医療機関に今回から増量で正しいか疑義照会を行った。結果、増量のつもりはなく、フロセミド２０ｍｇからフロセミド１０ｍｇへ減量となった。	処方入力時の入力ミスと思われる。薬品名のみを確認し、規格を確認しなかった事が原因と考えられる。	処方内容の変更は患者または患者家族に確認を行う。			フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	定期薬でこれまで柴朴湯を服用していた。今回処方で柴苓湯が処方となっていて、患者への聴取の結果、処方間違いの可能性があり、医師に診断結果も含めて疑義照会、柴朴湯処方になった。	柴朴湯と柴苓湯、名称の１文字目が同じで、カルテ入力の際に誤ったものと思われる。	過去の薬歴や患者からの聴取で、適当と思われる医薬品を患者が服用できるような投薬を心がけている	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
364	いつもの処方でアマルエット3番が処方されていたが、患者から血圧が下がったので薬を変更すると医師から話があった。医師に電話で疑義照会したところ、処方箋を前回Doで発行してしまったとの事。アマルエット1番に変更の指示をもらった。	医療機関の処方箋発行システムの医師の変更入力ミス	アマルエットは配合錠であり、番号表記のためわかりにくい。そのような処方は他の薬より注意深くチェックが必要。患者からの聞き取りが大事と感じた。			アマルエット配合錠３番「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
365	継続薬のアマルエット1番を処方するべきをアマルエット3番を処方していた。	定期薬の確認不足、処方時の確認不足	手帳の確認を徹底している。特に転院時は注意してみている。			アマルエット配合錠３番「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	整形外科からセリプロロールが頓服10回分、痛いとき服用で処方されていた。セリプロロールが痛みの適応がないこと、服用する方が高血圧など循環器疾患をもっていないため疑義照会するとセレコキシブに処方変更になった。	セレコキシブとセリプロロールの名前が類似のため、処方入力を間違えたと考えられる。	監査時、効能効果また患者さんの基礎疾患も含めて監査する。	セリプロロール塩酸塩錠１００ｍｇ「テバ」	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	乳がん治療でＡ病院、内科治療でＢ病院受診中の方。本日Ｂ病院の処方箋をもって来局。新規にＨＩＶ治療薬であるレトロビルカプセルが処方あり。処方入力監査の時点で、用量が適正でないことと（レトロビルカプセル１００mg1Ｃａｐ／ｄａｙ）、処方元の医療機関では診断や治療開始となることは考えにくいことから患者へ聞き取り。スケジュールの関係で、Ａ病院へ受診できず、Ｂ病院にて乳がん治療薬（レトロゾール）を処方してもらったと聞き取り。乳がん治療薬についても当薬局にて処方箋応需していたため、処方医へ疑義を行いレトロビルカプセル→レトロゾールへ変更となった。	臨時で不足分を処方したため、乳がん治療薬に慣れておらず、名称も似ているため誤処方になったと思われる。（患者のお薬手帳にはレトロゾールの記載あり。）	新規処方薬に関して疑問点を感じた場合は調剤前に、患者へ聞き取りを行う。	レトロビルカプセル１００ｍｇ	レトロゾール２．５ｍｇ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
368	メプチン50μｇ3錠分3で処方があり、少し容量が多いと感じ念のため患者に確認。咳がひどいときはメプチンエアーも使うようにと言われているとの話だった為さすがに多すぎるのでは？と思い疑義照会した。 結果メプチンとメジコンの入力間違えと判明した。	新しくクリニックに入ったDrの為レセコンのシステムに慣れていないことが原因と考えられる。	処方箋及び、お手帳、添付文書を確認し監査に当たっている。	メプチン錠５０μｇ	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
369	近医に通院、アダラートCR(20)とミカルディス(20)他数種類の薬剤を服用中の方。今回は奥様が来局し、奥様と会話。今回、血圧が高めのため、薬を変更すると医師より説明があったとのこと。処方箋を確認した所、ミカルディス(20)⇒ミカムロAPと処方が変更になっていた。アダラートは継続で処方されていたため疑義照会した所、処方医より今回は利尿剤を追加したかったと返答あり。確認していく中で、ミカムロAPではなくミコンビAPを処方したかったのだと判明。処方が変更になった。奥様には、ミカルディスの用量が増えさらに多少の利尿効果がある薬が追加になったとお伝え。錠剤が大きいので嚥下状態に気を付けるよう説明。食後低血圧など食後のめまい、ふらつきなどの症状があったら早めに相談するよう指導。	処方医は高齢であり、循環器が専門ではない為、ミカムロとミコンビの区別が曖昧だった可能性がある	配合剤は特に有効成分の重複などが複雑になる為、特に新規で処方が出た場合は有効成分も加味して監査する必要に応じて、処方医にも成分表などの情報提供も行う	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
370	帯状疱疹でアメナリーフ２００ｍｇ１日３回６錠分３で処方あり。用法用量に疑義があり、疑義照会。医師は同効薬のバルトレックスの用法用量と勘違いされたとのこと。アメナリーフ２００ｍｇ１日１回２錠分１に変更となった。	疑義照会前の用量では、通常用量の３倍量になるため、副作用の発現の恐れがあった。患者に症状をしっかり問診し、適応症の用法用量を確認すること。初めて使う薬や、ハイリスク薬などは要注意。疑義があれば、必ず処方医に確認することが大切である。	取扱薬品の、用法用量、禁忌薬、禁忌疾患、相互作用の知識を日頃から身につけておくことが大切。注意点や、症例を共有する事が必要。			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
371	トラディアンス配合錠ＡＰ×１３Ｔ分１朝食後にて処方開始。疑義照会実施。１３Ｔ→１Ｔに変更の指示あり	添付文書の確認	添付文書の確認			トラディアンス配合錠ＡＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	他院にて糖尿病治療を行っていた患者が当薬局の近隣の病院に転院となった。ジャヌビア錠25mgの処方を継続するはずが、ジャディアンス錠25mgで処方されていた。	糖尿病薬以外にも複数種類薬剤が処方されており、入力時間短縮のために病院が薬剤入力をする際に「ジャ」のみの2文字で検索していたと思われる。	類似名称の薬剤の周知	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	
373	平素より当薬局を利用している患者様。近所の内科クリニックに定期受診しており、過敏性腸症候群のためトリメブチン100mg6錠分3毎食後を定期服用していた。今回来局時トリメブチンの処方が無く、セレコキシブ錠100mg6錠分3毎食後が新規処方されていた。セレコキシブの量が過量であることからクリニックへ疑義照会を行ったところ、いつもの薬を同量出していると回答。詳しく確認したところ、トリメブチンの先発薬であるセレキノンが3月末で経過措置期間が終了し、処方入力の際にセレキノンの表示が無くセレコックスと間違えてしまっていたためだと判明した。処方はセレコキシブからトリメブチンへと変更となった。	プレアボイド	プレアボイド	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	前回から利用されている患者。検査結果でタリージェが初めて追加される。手帳を忘れていたが、オンライン資格確認で併用薬を確認。プレガバリンを他院で服用していることが判明。患者に聴取したところプレガバリンを現在も服用を継続していることがわかり、重複になるためDRに確認しタリージェの処方が削除になる。	患者利用が今回で2回目。手帳忘れで前回も併用薬の確認が出来ていなかった。今回マイナンバーカード推進でオンライン資格確認を行った結果併用薬の確認することができ重複投薬を防ぐことが出来た。	今後もマイナンバーカードの推進、お薬手帳の持参を促していくようにする。			タリージェＯＤ錠５ｍｇ プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
375	トラゼンタ5mgにて継続治療中の患者様。当日処方にてトラディアンスBPに処方変更となった。トラディアンスはエンパグリフロジンとして10mg配合のAPと、25mg配合のBPが存在するが、エンパグリフロジン未投与の患者に対する初回量としてはAP(10mg)とされているため疑義照会。APへ処方変更となった。	処方医の知識不足レセコン入力時の規格誤り	配合錠の処方時は初回量に特に注意するように意識付け。配合錠自体が第一選択薬として適応がない場合も多いため、使用歴の確認を徹底している。			トラディアンス配合錠ＢＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	パルモディアXR錠0.4mgXR錠の為、通常分１での処方となるところ、２T分２で処方されていたが、鑑査において疑義照会１T分１へと処方変更となった	普通錠は分２の用法であるため、勘違いがあった可能性がある	初回処方に関しては特に用法用量の確認を徹底する			パルモディアＸＲ錠０．４ｍｇ	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	
377	ツムラの麻黄湯1包2.5g分3で処方されたが、入荷しなかったためクラシエの麻黄湯1包3gに変更してもらうよう疑義照会をした。その際、1包3gの場合は分2で処方されるものだったがそのまま分3で処方変更された。監査で気が付き、分2に変更していただいた。	漢方のメーカー変更する際に、用法・用量をきちんと確認しなかった。	漢方の場合、特にメーカーのよって用法・用量が違う場合があるのでしっかり確認する。			クラシエ麻黄湯エキス細粒	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
378	処方箋は一般名処方。お薬手帳持参なし。シルニジピン錠10mg、ドキサゾシン錠4mgが追加になっており指示通り一包化して調剤。薬剤交付時に患者から他院にて服用していたことを伺い、薬袋を見せていただいたところ、ドキサゾシンではなくカンデサルタン錠4mgを服用していたことが判明。患者は変更の旨を聞いておらず、規格が同じであり、先発名と頭文字が同じなので不信に思い疑義照会を行った。→病院側の認識誤りだったと判明し、カンデサルタン錠へ変更となった。	病院側でドキサゾシンの先発名：カルデナリンと、カンデサルタンを見誤っている恐れあり。どちらも4mgの規格が存在するためミスに気付かずスルーされていると考えられる。	手帳忘れの際には、口頭・マイナンバーでの薬剤情報取得にて併用薬の確認を行っている。追加、変更の経緯を投薬時に患者へ確認するように努めている。	ドキサゾシン錠４ｍｇ「サワイ」	カンデサルタン錠４ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	かなり久しぶりの来局　いつもは自宅近くの薬局にて貰われているお薬を見せながら説明していると胃薬はいらないが心臓の薬は必要と言われたため疑義照会しました	病院側が削除する薬を勘違いされたものと思います	薬を見せながらお渡しすることにより患者様希望の薬の誤りを防ぐことが出来ました	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
380	クラリチンDS1.8g分2処方された。用法用量が多いため疑義照会を行ったところ、クラリスDSへ変更になった。	似た名称の為の処方間違いと思われる。	用法用量の確認を徹底する。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ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	
381	当初【般】タダラフィル錠２０ｍｇ・ＡＤ　１錠分１朝食後で処方されており、今回が初処方だった。他併用薬に降圧薬と前立腺肥大症薬があり、処方量が肺高血圧症の適応用量に満たなかった為処方監査時点で医師に疑義照会を行った。その結果、医師から前立腺肥大による排尿困難を改善する目的でタダラフィルを処方したとの返答があった。医師は「ザルティア錠５ｍｇ」を電子カルテで検索できず、一般名で検索処方したとのこと。その際に規格は見過ごしており、また規格違いで適応症が違う事も理解していなかったことが疑義照会にて判明。医師の処方意図からザルティア錠５ｍｇ　1錠　分１朝食後に処方変更となった。	同一成分で適応症違いの存在を処方医が理解していなかった。医師が電子カルテで処方入力する際に適切なコード入力ができなかった。またそれについて薬剤部等に問い合わせを怠った。入力後適切な用法用量になっているかの確認を怠り、そのまま処方印字、患者に渡す事態となった。	今回薬局では適応と違う処方内容であったこと、降圧・前立腺どちらも治療していることから医師の処方意図を確認した。同一成分で用量による適当違いがある場合、処方や履歴から処方意図が推察されない場合は必ず医師に疑義照会する。			ザルティア錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	手書き処方箋での処方。プロトピック軟膏の処方だが規格が記載されていないこと、処方量も判然とせず介護者も量は聞いていないとのことから疑義照会したところ、プロスタンディン軟膏に変更となった。	皮膚科、手書きの処方であり、名称類似のため記載を間違えたのではないかと推測される。	本事例を共有し、規格等の記載漏れがあった場合は推測で決めつけずに疑義照会を行う、患者の既往歴と照らし合わせ処方が妥当か判断するように周知。			プロトピック軟膏０．１％ プロスタンディン軟膏０．００３％	ヒューマンエラー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	今回テリルジー100エリプタ30吸入用からレルベア200エリプタ30吸入用に処方変更となっていた。投薬時に患者本人より、抗コリン剤は中止と聞いているがステロイド剤の用量変更は説明を受けていないと申し出があり疑義照会し、レルベア100エリプタ30吸入用に処方変更となった。	薬剤変更を入力時に、レルベアが複数規格あるため選択を誤ったと思われる。	今回は患者本人が医師からの説明をしっかりと理解されており、投薬時の聞き取り時に処方内容と相違があることが判明したので、今後も投薬時の聞き取りをしっかりと行う。			レルベア２００エリプタ３０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	初回利用患者、トラゼンタ錠5ｍｇが処方されていた。患者家族からの情報収集によると浮腫みのために受診したそうで、利尿剤が処方されるとのことだった。3月に電子カルテ導入となり、オーダリングになった医療機関からの処方のため、処方内容を照会したところ、利尿剤のルプラック錠4ｍｇの処方エラーと判明して、トラセミド錠４ｍｇへ処方が変更された。	トラゼンタとトラセミドは名称類似のため処方時のエラーと思われる。	患者の訴えと処方内容に違和感がある時は疑義照会を行う。オーダリングでの処方薬の入力について、医療機関の薬剤科と情報を共有するように努める。	トラゼンタ錠５ｍｇ	トラセミド錠４ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
385	患者は痛みを訴えて受診。日頃一般用医薬品のバファリン（アスピリン含有量３３０ｍｇ/錠）を服用。ロキソニン、カロナールは効果不十分だといって医師に市販の薬剤と同じ成分の鎮痛剤を希望処方されたのはバファリン配合錠A８１（アスピリン含有量８１ｍｇ/錠）１日１回１錠朝食後。低用量での服用は鎮痛効果ではなく、血小板抑制効果がみられるため健康被害へとつながる可能性がある。疑義照会を行い、ほかの鎮痛剤（ボルタレンSRカプセル）に変更となった。患者には名称が同じでも含有量により効果が異なること、健康被害が否定できないことを説明し理解を得た。	同じ名称の医薬品が医療用にも一般用にも存在することで起こった事例。含有量などには注意が必要。	アスピリンのような用量に応じて薬効が異なる薬剤の把握、知識を深める。	バファリン配合錠Ａ８１	ボルタレンＳＲカプセル３７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	総合病院からかかりつけへの転医。総合病院での処方内容の継続指示だったが、バクタミニ配合錠2錠　朝食後→バクタ配合錠　2錠　朝食後で処方箋が発行された。処方箋の初期監査時にかかりつけ医からの処方箋と薬手帳とを照らし合わせて発覚。バクタミニ配合錠4錠＝バクタ配合錠1錠に相当することをDrへ伝えて、処方量変更となる。	処方医がバクタミニ配合錠とバクタ配合錠を混同してしまった可能性あり。	新患や久しぶりに来局された場合は、現在の患者の服用薬を必ず確認し、処方内容に疑義がないか、注意深く確認する。			バクタ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	電カル入力違い、処方箋監査不備	薬歴簿により処方監査する事の重要性がよく分かった事例	今後も薬歴簿による処方監査を推進する。	アカルボース錠５０ｍｇ「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
388	該当患者が内科、心療内科2か所の処方箋を持って来局。内科の処方でリフレックスが処方されていたため、心療内科の処方内容と照らし合わせ疑問に感じ服薬指導時、患者本人に体調変化など処方内容を説明し確認したところ、咳の症状がひどくなり内科にて相談したとのこと。処方医に確認したところ、リフアヌ錠45ｍｇへと処方が変更となった。	保険医と医療事務との間で情報連絡が不十分だったため起こったと考えられる。	処方内容、おくすり手帳を活用し、患者の体調変化を細かく確認するように努力する。	リフレックス錠１５ｍｇ	リフヌア錠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	
389	今回からペマフィブラートが追加となっているが、すでにロスバスタチンが処方されておりフィブラートとスタチンの併用になってしまった。疑義照会の結果、ロスバスタチンとロラタジンの取り違えの記載が原因であった。	ロスバスタチンとロラタジンの名称の酷似	併用禁忌薬の把握が必要と考えられる	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「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
390	テオフィリン徐放錠(１２～２４時間持続型)200ｍｇ　２錠夕食後で処方あり、お薬手帳確認したところ、テオフィリン徐放Ｕ錠４００ｍｇが他院から定期処方されていた。今回変更について聞き取ったところ、Ｄｒは４００ｍｇがマスタにない為、２００ｍｇ２錠で処方する旨の未説明があったとのこと。疑義照会後、テオフィリン徐放Ｕ錠400ｍｇ１錠へ変更となった。	処方医がテオフィリンの規格に気を取られ、持続時間まで気を配っていなかったと思われる	お薬手帳必ず確認			テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」 テオフィリン徐放Ｕ錠４００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	4歳児に対し、ロラタジンシロップ用１％１．８ｇ処方のため用量の確認で疑義紹介し、薬品名間違い判明。クラリスロマイシンドライシロップ１０％１．８ｇに変更となった。	医師の処方入力ミス（クラリチンとクラリスロマイシン）	用法用量確認と相違時の疑義紹介	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	新規で「レキサルティ錠２ｍｇ　３錠　分３毎食後」の処方が出されていた。調子が悪いためいつもと違う薬が出る旨は患者も承知であったが、レキサルティ錠の用法用量として過量であるため疑問を持ち疑義照会したところ、本来の処方意図は「レキソタン錠２ｍｇ　３錠　分３毎食後」であったことが判明した。処方訂正となり、レキソタン錠２ｍｇを調剤した。	「レキソタン」と「レキサルティ」の名称の類似性	特に新規の処方が出た際、患者から聴取した内容と処方された薬との整合性や用法用量について、より注意深く確認する。	レキサルティ錠２ｍｇ	レキソタン錠２		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
393	ベポタスチン（１０）服用中の患者へフェキソフェナジン（６０）が処方される。	受診時にお薬手帳を処方医へ見せず、服用中の薬があることも伝えていない。	ベポタスチン（１０）を継続的に服用中であることを処方医へ伝え、フェキソフェナジン（６０）が処方中止となった。			ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
394	オースギ柴胡加竜骨牡蛎湯エキスGが処方されていたが、併用薬にソリフェナシンコハク酸塩錠2.5mgが処方されていた為、症状が合わない為疑義照会したところ、ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒に変更となった。	柴胡加竜骨牡蛎湯の番号が112番、猪苓湯合四物湯の番号が12番なので、処方箋入力時に12番を入力するところ、112番を選択した可能性がある。	監査時の併用処方や、投薬時に患者とのやり取りで処方薬がおかしいことに気が付いた。	オースギ柴胡加竜骨牡蛎湯エキスＧ	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	アレンドロン酸35ｍｇは1回1錠週に1回の服用であるが1回5錠で処方されていた。	今回の処方は5日分の処方であったので1回用量が処方日数につられてしまったと考えられる。その後の処方内容の確認不足と考えられる	処方内容の用法用量が妥当であるか添付文書等を用いてしっかり確認を行う。また、処方内容確認時には用法用量規格に関して縦読み横読みを行い確認作業を徹底する。			アレンドロン酸錠３５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラー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	「セレキノン錠100ｍｇ」が3月末で経過措置となり一般名処方に変更になる際に「トリメブチンマレイン酸」と処方するところを「セレギリン塩酸塩」と処方。	セレキノンとセレギリンの勘違いと推測される。	ＦＡＸできた処方でした。もし新患で情報が来ていなければ、そのまま調剤される可能性が大きい事例。	セレギリン錠	トリメブチン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	今までイノレット３０R処方されていたが製造中止によりペンタイプに切り替えることになっていたため事前に情報共有していたが同等薬でノボリン３０R紹介していたが処方はノボリンRフレックスペンで処方があり疑義したところ病院マスタがなくRがついたノボリンRで処方出したまま手書き訂正等を忘れて処方してしまった事が判明した。幸いにも患者様使用前に疑義対応で変更できたため健康被害はなかった。	病院への製造中止の為切替への情報共有はしていたが病院側でマスタの反映がされていなかったのが要因とDrが切り替えの勘違いをしていたためと思われる。あまりインスリン導入や切り替えが少ないこともあり病院側も不慣れだった可能性がある。	インスリン製剤動態の表をメーカーより取り寄せて病院へ共有した。今回のように切り替え時には動態が同等かの判断を薬局でもきちんと確認する必要があること、事前に切り替え情報等があれば密にやり取りが必要と思います。	ノボリンＲ注フレックスペン	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	ビソプロロールフマル酸塩錠5ｍｇ「日医工」1日3錠1錠毎食後で処方が出ていた。当該医薬品が1日量15ｍｇ、用法が1日3回と添付文書上の用法と大きく乖離しており、直近の過去薬歴にもブロムヘキシン錠が処方されているため名称が似ているビソルボン錠（販売中止品）と誤っている可能性を感じたため疑義照会し、ブロムヘキシン塩酸塩錠4ｍｇ「クニヒロ」を1日3錠1回1錠毎食後に変更となった。	処方医師がビソルボンと手書きで書いたものをもとに医療クラークが入力する際にビソプロロールと入力した結果この事例が発生したと推定される。	処方箋の記載を鵜呑みにせず、違和感があれば過去薬歴や添付文書を確認することを徹底する。	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「日新」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
399	（般）カルバゾクロムスルホン酸Na錠30ｍｇ　3錠ドラマミン錠50ｍｇ 3錠 分3毎食後　30日分の処方が追加になっていた。念のため患者本人に何の薬が追加になると聞いていますか？と質問したところ、止血剤が追加になるとの返答だったため、おそらくドラマミンではなくトラネキサム酸のことだろうと思って疑義照会した。ドラマミンからトラネキサム酸に変更となった。	レセコン入力時の選択ミス	患者さんとしっかりコミュニケーションをとり、処方されている薬が合っているかどうか確認すること	ドラマミン錠５０ｍｇ	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
400	他院より転院しDoにて継続処方。その際エンレスト２００ｍｇ（２錠朝食後）、オルメサルタン４０ｍｇ（１錠朝食後）とＡＲＮＩとＡＲＢが重複し処方。確認を行い、オルメサルタンからテノーミン２５に変更となり調剤。	Ｄｏでの引継ぎ処方にて処方医も確認を怠った可能性	引継ぎ処方でも確認の徹底	オルメサルタンＯＤ錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	テノーミン錠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
401	アジルバ４０ｍｇ錠が処方されていた患者さんが、アジルサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」に変更になっていた本人確認したら、血圧は高いままだと返事あり	病院の採用薬がアジルバ錠（先発品）からジェネリックに変更になった。そのタイミングで、医師が入力ミスで規格違いを処方された様子	採用薬変更時の処方箋記載の変更があれば、規格の確認と本人の聞き取りを重視する			アジルバ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	ロラゼパム0.5ｍｇ→1ｍｇへ増量となっていたため投薬時患者に話を聞いたところ、変更は医師から聞いていないと聴取。問い合わせたところ前回と同じ0.5ｍｇへ変更となった。	ロフラゼプ1ｍｇが一緒に処方されているため、処方入力時に薬品名と規格を見間違えたと考える	処方箋及び、お手帳、添付文書を確認し監査に当たっている。			ロラゼパム錠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
403	当薬局を時々利用している患者が処方箋を持って来局した。柴苓湯が処方になっていたが、患者の主訴は膀胱炎であり、下痢や胃腸炎症状などもなかったため、処方元に電話にて疑義照会した。猪苓湯に処方変更となった。	柴苓湯と猪苓湯の処方間違えだった。忙しい時間帯だったため、処方医が入力を間違えたと思われる。	投薬時に、患者の話をよく聞く。疑わしい場合は迷わず疑義照会をする。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
404	患者さんは妊娠しており、高血圧のためA大学病院にてニフェジピンＬ20ｍｇが処方されていた。今回B大学病院に転院してたところ、アルドメット、およびベニジピン４ｍｇが処方された。ベニジピンは妊婦への投与が禁忌のため、ＦＡＸにて疑義照会を行いニフェジピンＣＲ20ｍｇに処方変更になった	ニフェジピンにて血圧が下がらなかったことからその他の薬を選択する必要があったのではないか。アルドメットは妊娠高血圧患者の服用可。	妊婦の可能なカルシウム拮抗薬について情報共有をおこなった。	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「ＮＩＧ」	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
405	アモキシシリンがアモキサンで処方されており、アモキサンの服用方法としては問題なかったがオーグメンチンと同時に処方されていたためアモキシシリンとオーグメンチンの併用使用ではないかと思い至り念の為確認の電話をしアモキシシリンの間違いだったと判明	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇとアモキサンカプセル２５ｍｇの名前や規格が似ており検索時に選択を誤ったと考えられる	薬剤それぞれの用法用量に注意するのはもちろんのこと併用使用にも注意を向け少しでも誤りの可能性がある場合は疑義紹介を行う	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	風邪で受診の患者さんにアストミン錠とメジコン錠両方の処方があった。疑義照会したところメジコン錠は削除、メプチンミニ錠が追加となった。	メジコン錠とメプチンミニ錠の名前が似ているので記載間違いしたと思われる。	患者さんの症状にあった薬が処方されているか監査し、同効薬が出ているときは確認を行う。	メジコン錠１５ｍｇ	メプチンミニ錠２５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	他病院でツムラ五淋散エキス顆粒　5ｇ　分2ですでに処方あり。服薬を続けたいとの患者希望で、病院を変更したため、医師にお薬手帳を見せて依頼されたとのことだったが、処方箋にはツムラ五苓散エキス顆粒　7.5ｇ　分3で記載となっていた。交付時に上記経緯を本人から聞き取り、医師疑義照会したところ、患者希望のツムラ五淋散エキス顆粒　5ｇ　分2に（薬剤名・用法ともに）変更となった。	医師が患者のお薬手帳から、きちんと薬品名と用法を確認できていなかった、類似した薬品名だったため入力をミスした可能性が考えられる。	お薬手帳の確認、患者からの聞き取りをきちんと行う。	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
408	ザイザル錠５ｍｇが5錠分2で処方されていた。小児だったのでそもそも錠剤ではないだろうということで疑義照会、ザイザルシロップ５ｍＬ分2の間違いだったと判明	別剤形を選択してしまったため、単位も違い過量になったしまったと思われる	明らかに分量が普段と違う場合はそういうものとは思わず要確認。	ザイザル錠５ｍｇ	ザイザルシロップ０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
409	アラミスト点鼻の用法が1日2回朝夕・左眼にとなっていること、患者さまも目薬が2種類と聞いているとのことから疑問に思い疑義照会した。アイラミド配合懸濁性点眼液の薬剤入力間違えだったと確認した	今回からアイラミド点眼が開始になったため、薬剤入力された。どちらのお薬もア行で始まっており、ア行の昇順で検索したつもりが降順で検索され選択された可能性がある。	疑問点があれば患者さまにもお話を聞いている。その結果、単なるアラミストの用法間違えの疑義ではなく、異なる薬剤が選択されている可能性があると疑義を行えた。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	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
410	尿路感染症が疑われるような処方内容であったが、骨粗しょう症治療薬が処方されていたため、類似名称の抗生物質との誤りの可能性はないか疑義照会し、処方変更となった	処方箋入力の際、予測変換で候補薬剤が挙がってくるため、上下になっている誤った薬剤を選択したと考えられる	処方監査にて薬剤の用法誤りも含め、疑わしい際には疑義照会にて確認していく	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「日新」	ラリキシン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	施設に新しく入居する患者さんの往診があり、初めて処方箋のＦＡＸを受け取った。メコバラミンとノイロビタン配合錠の処方があり、成分は異なるがビタミンＢ12製剤が重複していた。「適宜増減」あるので重複して服用しても問題ないかとも思ったが、リマプロストも処方されており、念のため医療機関に連絡し、以前服用している薬の情報をＦＡＸしてもらった。するとそこにはノイロビタンではなく、ノイロトロピンの記載があり、変更することになった。	医療機関の医薬品の名称の類似による入力ミスだと思われます。	初めての処方内容や、初めての往診による処方内容については、紹介状などを見て入力されることが多いと思います。類似の名称の医薬品がある場合、誤入力する可能性もあるため注意し、確認するようにする。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	スピロピタン錠が入手困難のため、医師に問い合わせハロペリドールに変更になった。訪問時、会話の中で患者本人の体調や既往歴、服用歴から、スピロノラクトン錠との間違いではないかと推測。医師に問い合わせ、変更となった。	コンピューター上の入力ミスによるものが最初の原因と推測される。1度目の問い合わせで類似薬変更になったが、その時の疑義紹介でもクリニック側はきがついていなかった。	初回では、お薬手帳や本人家族への聞き取りをしっかり行う。	スピロピタン錠０．２５ｍｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	【般】アダバレンゲル０．１％　１０ｇの処方があったが、先発医薬品、ディフェリンゲルであれば１本１５ｇであり、薬剤名と用量が合致していなかった。１本１０ｇの他剤と誤って処方された可能性があったため、疑義照会した。結果デュアック配合ゲルの誤りであった。	医療機関側では薬剤商品名を入力してから一般名へ変換している。ディフェリンゲルとデュアック配合ゲルの名称が酷似していたため、誤って変換してしまったと考えられる。	外用薬の場合、薬剤名称と基本包装単位が一致しているか必ず確認する。また、名称が酷似している薬剤は常に取り違えの可能性がある事を意識する。	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	
414	小児科　クラリス50ｍｇ　4Ｔ　分2　5日処方について。耳鼻科でクラリスロマイシンが同量で処方されていた。疑義照会で小児科のクラリスがカットとなった。	他科受診。同じ症状による抗生剤処方。	お薬手帳による確認が重要			クラリスロマイシン錠５０ｍｇ小児用「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
415	平素より当薬局を利用されており、内科より1日2回肛門へ注入もしくは塗布の指示でネリゾナ軟膏が処方された。交付時に患者ご本人から受診理由を聴取したところ、肛門出血により受診したとの返答あり。用法からも処方間違いの可能性が考えられたため、処方医へ疑義照会したところ、ネリザ軟膏の間違いであった。ネリゾナ軟膏からネリザ軟膏へ処方変更となった。	処方し慣れていない専門外の薬剤であったため、名称類似品での処方ミスをしてしまった。	薬剤交付前に患者ご本人またはご家族より必ず受診理由を聴取するようにしている。	ネリゾナ軟膏０．１％	ネリザ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	患者は、両眼のかゆみと左眼には充血があり受診。左眼はバイ菌が入ったかもしれないとお話しされていたが、右眼にオロパタジン点眼液、左眼にレボカバスチン点眼液が処方されていた。生後3か月の子供がおり、授乳は1日6回行っているとのことだった。医師には授乳について伝えたとのことだったが、2剤とも授乳中止の記載のある薬剤であったため疑義紹介を行った。左眼に処方されたレボカバスチン点眼液は、レボフロキサシン1.5%点眼液を処方しようとして誤っていたことが判明し、処方変更となった。右眼に処方されたオロパタジン点眼液は、授乳中を考慮しアレギサール点眼液へ変更された。	禁忌ではないため、医師が妊婦や授乳婦への注意を見落とした可能性がある。レボカバスチン点眼液とレボフロキサシン点眼液は、処方箋入力時に似た名称だったため間違えた可能性がある。	患者の話などからも、疑わしい点があった場合は疑義紹介を必ず行うようにする。監査の際には禁忌以外にも必要な情報を確認する。	オロパタジン点眼液０．１％「トーワ」 レボカバスチン点眼液０．０２５％「ニットー」	アレギサール点眼液０．１％ 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
417	ロスバスタチン錠が３０日分で処方　患者さんへ聴取するとコレステロール値が高いという指摘はなくアレルギー性鼻炎症状で受診されていた	ロラタジンとロスバスタチン　頭文字が同じで処方作成時に選択間違いをしたと思われる。	患者さんへの診察理由や症状などをきちんと確認し今後も処方間違いに気付ける体制を整えていく	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロラタジン錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
418	イトプリド50ｍｇ　3Tトリクロルメチアジド1ｍｇNP　3T分3毎食前　30日分処方利尿剤の分3処方は夜間頻尿など患者のQOL低下に大きく寄与するため処方意図の確認⇒誤入力であったためトリメブチンマレイン酸塩100?rに変更となる。	先発のセレキノン錠が経過措置期間終了し、レセコン入力不可となったため後発品のトリメブチンマレイン酸塩を入力しようとしたところ、頭文字の近いトリクロルメチアジドを誤って入力したと考えられる。	昨今の流通不良・製造終了の増加から今後も同様の事例増加が考えられる。特に先発医薬品が製造修了した場合は医薬品の名称そのものが変更されるためミスも増えることから先入観を捨て、疑義照会への閾値を下げる。薬局在庫以外の経過措置医薬品の情報は定期的に仕入、名称類似による薬剤の誤りの件数が増加するものと共有して注意を促す。	トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「ＮＰ」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	エフピーOD2.5mg錠は一般名であるセレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠2.5?rにて処方箋に記載。初回3錠分3毎食後の用法用量に違和感を感じ、症状について聞き取りを行ったところ消化器症状で受診していた。処方医に問い合わせた結果、(般)トリメブチンマレイン酸塩錠100?r　3錠　分3毎食後に変更となった。	セレキノン錠を処方する予定だったが、経過措置切れのためコンピューターの候補に現れず、誤ってセレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠を入力してしまったと推測される。	処方内容の他、患者の症状と合致しているかも併せて確認するようにしている。	エフピーＯＤ錠２．５	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	定期で処方のトリメブチン錠１００ｍｇが処方になっておらず、一般名処方でセレコキシブ錠100ｍｇが追加となっており、用量も3錠分３のため疑問に思い、患者に確認したところ、処方変更の話はないとのことなので疑義照会し、トリメブチン錠１００ｍｇに変更となる。	商品名がセレコックスとセレキノンで類似する名称のため、処方入力の際の間違えと推測される。	一般名処方での処方箋が主になっているが、処方入力の際に先発品で選んでいる可能性も念頭において処方監査するよう心がける。	セレコックス錠１００ｍｇ	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	初来局他院からの転院　お薬手帳持参セレコキシブ錠１００ｍｇ　３錠　１日３回食後 本来は分２ため用法用量について疑問を持った。お薬手帳を確認。今まではトリメブチン錠（１００）を服用、先発品名がセレキノン錠（１００）のため処方入力時の選択間違いではないかと気づき疑義照会を行った。	医薬品の名称類似による処方入力時の選択間違い	適正用法用量であるかの確認、お薬手帳の活用	セレコックス錠１００ｍｇ	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
422	処方元医療機関の発熱外来より「インフルエンザの患者です」との連絡と共に処方箋を応需した。処方医薬品がゾコーバ錠125mg　1日1回朝食後　1回2錠　1日分となっており、診断されたインフルエンザに対する処方薬ではないこと、ゾコーバ錠125mgの適正な用法用量でもないため疑義照会を行った。ゾコーバ錠125mgとゾフルーザ錠20mgの処方誤りであったため下記の通り変更となった。ゾフルーザ錠20mg　1日1回朝食後　1回2錠　1日分	恐らくレセコン入力時に「ゾ」の1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。ゾコーバ錠・ゾフルーザ錠共に発熱外来でよく処方される医薬品であり、入力後の再確認を怠っていたと考えられる。	医薬品名が似ている薬に関しては、適応症・用法用量について違いが分かるように周知しておく。医薬品の保管場所にのれんをつけたり、注意書きをつけたりすることで注意を促す。	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
423	リウマチの治療でプレドニゾロン1ｍｇ4錠分2で服用中に、症状の悪化があり1ｍｇ錠が1錠追加処方され合計5ｍｇ服用。後日処方せん持参ありプレドニゾロン5ｍｇ5錠分2と増量、本人に聞き取り院内でアクテムラが開始になった。増量の話はなかった。疑義照会し入力間違いでプレドニゾロン1ｍｇ5錠分2に変更となった。	入力の間違い。規格間違い。	追加処方があった場合は現在何錠・何ｍｇ飲んでいるのかしっかりと薬歴に記載しておく。薬の用量変更について説明があったのか本人・家族に確認する。			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
424	ツムラ人参養栄湯を処方する旨の診察時のお話であったが、ツムラ人参湯が処方されていることが患者様とのやりとりの中で判明した。疑義照会した結果、ツムラ人参養栄湯に変更になった。	処方せん、薬だけを見るのではなく、診察時の内容も含め患者様から聞き取ることで疑義を見つけ解決する。	手帳や薬歴、患者様のとコミュニケーションでの併用薬の確認	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
425	高血圧・腰痛・便秘等で内科通院しアムロジピン他５剤を服用中。前回までリンゼス錠０．２５ｍｇが処方されていたが、今回はリンゼスは処方されず、カルグート錠１０ｍｇが処方追加されていた。現病歴に心不全は無く、処方意図を確認するため疑義照会をしたところ、グーフィス錠５ｍｇの処方間違いであることが判明した。	処方入力の際、グーフィスの前段に表示されていたカルグートを誤って選択したものと思われる。	特に処方変更や新規処方の処方監査の際には、入念に病名や服用歴等と照合し処方が適正であるかのチェックを行っている。	カルグート錠１０	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	
426	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒　1日15ｇ　分3で処方がきたが、いつもの使用量より多く、患者さんも高齢だったため疑義照会を行った。その結果コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル　6カプセル　分3へ変更となった。医師はカプセルで6カプセル/日　と指示したが、事務の入力で　エキス顆粒　6包/日としたため倍量になってしまっていた。	高齢者に麻黄附子細辛湯エキス顆粒　15ｇが処方されることはまれのため、用量を確認したほうが良い。	エキス顆粒とカプセルでは通常の使用量が異なるため注意している。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	クロピドグレル錠５０ｍｇ１日１回、１回２錠朝食後の処方があり、ほかに咳止めや去痰薬、解熱鎮痛薬の処方があった。患者より風邪症状で受診との情報を得たため疑義照会したところ、クロピドグレル錠５０ｍｇからグレースビット錠５０ｍｇに変更となった。	薬剤名が少し類似しており、規格が５０ｍｇで同一であったため、処方時の選択ミスがあったと考えられます。	患者より得た情報より、疑わしい場合には疑義照会を行うようにしています。	クロピドグレル錠５０ｍｇ「サワイ」	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
428	３月の定期処方で、プレドニン錠５ｍｇ２錠とプレドニゾロン錠１ｍｇを４錠（プレドニゾロンとして計14ｍｇ）を処方。４月の定期処方で、プレドニン錠５ｍｇ２錠とプレドニゾロン錠１ｍｇを３錠（プレドニゾロンとして計13ｍｇ）を処方。５月の定期処方で、プレドニン錠５ｍｇ２錠とプレドニゾロン錠１ｍｇを12錠（プレドニゾロンとして計22ｍｇ）を処方。となっていた。プレドニゾロン錠１?rの処方箋記載が２錠のところ、12錠と記載間違いしている可能性を疑い疑義紹介した。医師からの回答は、「プレドニゾロンとして12ｍｇ/日にするつもりだった。プレドニゾロン錠１ｍｇは２錠に訂正します」だった。	プレドニン錠５ｍｇとプレドニゾロン錠１ｍｇを合わせて服用しているが、医師は成分量で考えていたため、記載を間違えたと思われる。	平素より当薬局をご利用していただいている患者様の処方薬は、必ず過去の処方からの処方変更点などをよく確認している。			プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	カロナール錠500mg1回1.7錠　頓服　粉砕のケースも考えたが、体重が34?sであったため量確認の為疑義照会を行った。カロナール細粒20%とカロナール錠500mgを間違えて処方	カロナール錠と細粒の記載ミス	処方箋確認の徹底　家族への体重確認			カロナール錠５００ カロナール細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
430	R6.5/24にタリージェOD錠10ｍｇ2錠分2朝食後と寝る前30日分の処方があり、まだ残薬がある状態で5/31にタリージェOD錠15ｍｇ2錠分２朝食後と寝る前30日分という規格を増やす処方が出た。患者の奥様が取りに来たので状況を確認したところ、特に用量を増やす話は出ておらず、15ｍｇに切り替えるわけでもなかった。本人からお薬を多めに持っていたいという希望があったとのこと。そのため、用量についてこのまま出すのが不安に思い、疑義照会をしたところ、タリージェOD錠10ｍｇ2錠分2朝食後と寝る前15日分に変更となった。	本人が末期癌で自宅療養中であり、癌による痛みはないが、タリージェを服用するとよく眠れるから多く持っていたいという希望を医師が受け入れたのか。	もともと患者が欲しいという薬を簡単に処方しがちのように見受けられるので、用量や飲み合わせなど注意して見守っていきたいと考えている。			タリージェ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
431	小児の吸入薬としてフルティフォーム125エアゾールが新規で処方された小児に対しては過量の為電話で疑義照会医師は入力ミスとして、フルティフォーム56エアゾールに処方変更となった。	医薬品名類似で複数規格があるため、入力間違いが起こりやすい。	小児に対する医薬品の場合は受付の段階で小児の体重を聞く			フルティフォーム１２５エアゾール５６吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	前回タリージェ2.5mgを服用していたが今回削除、代わりにタリオン5mgの処方あり。本人は増量することになったと聞いていたため疑義紹介にて確認したところタリージェ5mgの間違いだった	2文字が同じため単純な変換ミス	処方内容の確認	タリオンＯＤ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
433	ベザトールが処方の患者様今回から別の病院へ受診を変更、紹介状を持参されていた。内容をこちらでも確認した所、ベラプロストを服用していたことが判明疑義照会を行い、ベザトール→ベラプロストへ変更となる。	入力時、薬品名の入力ミスがあったと思われる	病院変更の患者様に関して、内容を把握し、間違えのないよう確認する。	ベザトールＳＲ錠２００ｍｇ	ベラプロストＮａ錠２０μｇ「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
434	定期受診の脊椎脊髄外科でスミスリンローションが新規処方。お話伺うと「足の痛みがある、スミルをお願いした」とのこと。フェルビナクスチックの名称変更前のスミルスチックの事であると判断し、疑義照会実施。スミスリンローションの適応である疥癬の症状はなく、痛み止めを処方する予定だったとのことでフェルビナクスチックへ変更となった。	スミルスチックが入力できなかったため、似た名称の薬品を入力してしまったと考えられる。	新規処方時は特に、処方薬剤と適応が一致しているか確認する。	スミスリンローション５％	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	服薬指導時に患者様に検査値について伺ったところカリウム値が低かったという情報を得た。処方薬はアスパラカルシウムで出ていたため疑義照会を行った。	薬品名が類似しているため処方箋発行時に入力を誤ったと考えられる。	患者様への検査値の聞き取りにより誤った薬をお渡しせずに済んだため情報収集の重要性をより実感した。処方薬の入力間違えは薬局でも起こりうるミスの為、頭３文字が一緒の薬は特に注意をする必要がある。	アスパラ－ＣＡ錠２００ｍｇ	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
436	患者様は肩の痛みで市販薬のバファリンを服用していた。市販のバファリンが効果があったため、医師に同じ薬を出してほしいと依頼した。バファリン８１ｍｇ　１回１錠　疼痛時　２０回分　処方される。添付文書にない用法のため投薬時に処方経緯を確認すると、上記理由であったため市販薬のバファリンと処方箋医薬品のバファリン８１ｍｇは同じ薬効ではないことを説明。削除を希望されたため、疑義照会した。医師はバファリンＡ３３０ｍｇを処方したつもりだったとの返答。バファリンＡ３３０ｍｇは販売中止になっており処方できない旨を伝え処方削除となった。	市販薬と処方箋医薬品名が同じ又は似ている事。	患者様に上記事例があることを伝えて同じ薬剤でも用法が違う場合があることを啓発していく。市販薬で処方箋医薬品と名前が似ている又は同じ薬剤は日頃から注意して確認しておく。			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
437	イノレット30R注フレックスペンの販売中止に伴う処方変更で、本来ノボリン30R注フレックスペンへ切り替えるべきところ、ノボリンR注フレックスペンが記載されていたので疑義照会を行い、薬剤変更になった。	名称類似のため、医療機関側が入力を誤ったと考えられる。	複数規格のある製品の処方監査では規格部分に必ず〇をつけて、意識的に確認するよう癖づけている。	ノボリンR注フレックスペン	ノボリン３０R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	アモキサンカプセル２５ｍｇが処方されていた。当薬局に在庫はなく、普段取り扱いがなかった。以前も同様の疑義があったことから医師に電話で確認したところアモキシシリンカプセル２５０ｍｇの入力間違いだった。	薬品名がアモキから始まること、規格の始まりが２５であることから処方入力時に変換を間違えたと思われる	類似名称品ではないかの可能性があることを必ず確認して監査するようにする今後も頻発するようであれば医師と面談しシステムの運用について相談する	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た事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
439	だるさや食欲不振などの訴えのある患者様にツムラ人参湯が処方。症状からツムラ人参養栄湯の可能性について処方医に確認。入力ミスにてツムラ人参湯が処方されてしまったとのことで、ツムラ人参養栄湯に変更。	処方医の入力ミスにて、名前の類似した医薬品が処方されることもあるので、入力間違いの可能性があると感じた際には疑義照会をするようにしている。	患者様の症状にあった薬が処方されているかを、処方監査時にしっかり行うようにしている。	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
440	6歳・31kgの小児にアセトアミノフェン原末１ｇ/日で処方されていたが、処方量が多いため疑義照会。疑義照会の結果、アセトアミノフェンDS40%1ｇ/日へ変更となった。	普段小児の診察が無い中で、先日似た内容で疑義照会実施。Drのなかで「アセトアミノフェン」「1g/日」の印象が強く、規格を間違えてしまった可能性がある。	近隣のクリニックへ在庫している薬剤の小児薬用量の表を配布しています。			アセトアミノフェン「ＪＧ」原末 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
441	患者が処方箋をもって来局。処方通り調剤監査後、投薬時患者に症状確認。症状と異なるため、医師に電話で疑義照会した。その結果、薬剤変更となった。	類似名称の為入力間違いが考えられる。	患者から症状の聞き取りなどで情報を収集することにより、間違いがないか確認していく。	トラベルミン配合錠	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
442	体重２０?sの小児に、カルナール細粒５０％が１回１ｇで処方。体重に対して用量過多のため疑義照会。カロナール細粒２０％　１ｇに変更となった。	医師の勘違い。	体重を必ず確認し、体重当たりの用量が妥当かどうかを評価する。			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
443	他科でデエビゴ５ｍｇを服用し悪夢と震えで１錠服用しただけで中止した。今回腎臓内科で従来より服用していたロゼレム８ｍｇ（調剤名：ラメルテオン８ｍｇ「武田テバ」）とデエビゴ５ｍｇをを混同してロゼレム８ｍｇに副作用があったと医師に伝えたため、ロゼレム８ｍｇをデエビゴ５ｍｇに変更して処方された。患者との会話にて混同したことが分かったため医師に疑義照会し、デエビゴ５ｍｇの処方を取り消してロゼレム８ｍｇが再度処方された。	患者が薬の名前の取り違えて副作用を説明した。	薬が変更になった際は、その理由を詳細に聞き取ること。	デエビゴ錠５ｍｇ	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
444	処方内容が変更になったが、変更薬品にアムロジピン10ｍｇが含有している配合剤で有り、尚且つもともとアムロジピン5ｍｇを服用していた。アムロジピンの総量が増量となるため、処方医に確認した後にアムロジピン5ｍｇが削除となった。	変更薬品が配合剤であり、成分内容が確認しにくい為日頃から配合剤の変更については処方の全体内容を把握するように処方監査を徹底する。	スタッフ間のコミュニケーションをとるように心がける			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	手順通り調剤。その後アムロジピンが2.5→5ｍｇに変更してあることに気づく。投薬時、患者様に確認したところ、降圧剤を増量する話は聞いていないとの事で、電話にて病院に確認。その後病院の入力ミスであったことが発覚。前回通り、アムロジピン2.5ｍｇに変更になった。	不明。前回もアムロジピン2.5ｍｇなので、なぜ5ｍｇで入力されたか分からないです。	基本的なことですが、調剤前に薬歴、手帳より前回との比較、変更点を必ず把握してから調剤を開始する。患者からの聞き取りももれなくする事。			アムロジピン錠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
446	退院後処方、入院時と同じ処方内容で処方箋発行。内科薬として他院でメトグルコとエゼミチブの調剤あることを手帳にて確認	入院時は内科薬と精神科薬を服用しており、退院後にそのまま処方発行他院へ通院して薬出てるかの確認漏れ	手帳の持参の啓蒙、監査時には併用薬の確認、投薬時に併用薬の確認をして薬歴にへの落とし込み実施			メトグルコ錠５００ｍｇ 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
447	退院時処方の継続処方として、フロセミド２０が処方意図でした。しかし処方箋原本にて、継続処方としてフロセミド４０が処方されてしまい、疑義照会しました。結果として、退院時処方の継続処方として、フロセミド錠２０に変更となった。	退院時処方内容が複数あり、かつ当該医薬品も複数規格あるため、入力ミス当が起きていた可能性が高いです。	退院時処方の継続だからといって、処方箋原本を信じ込まず、患者さんからの聞き取り、情報確認を徹底していきます。			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
448	ノボラピッド注 フレックスタッチを継続で処方されている患者さんの定期処方。今回からノボラピッド注30ミックス フレックスペンに用法用量doで変更になっていた。ノボラピッド注 フレックスタッチは限定出荷の為、製薬会社から代替薬としてノボラピッド注 フレックスペンへの変更のお願いの案内がきていた。そのため流通の関係での処方変更と判断、処方間違いではないかと気が付く。疑義照会を行い、ノボラピッド注30ミックス フレックスペン→ノボラピッド注 フレックスペンの処方間違いであったことが発覚。	処方入力時の薬剤の選択誤り。	代替品の案内、対応等を改めて薬局内で周知した。インスリン製剤の種類について改めて周知、一覧資料の再確認を行った。	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
449	インシュリン投与中の糖尿病患者。前回処方とは違う製剤が出たため、現病態から違和感を覚え疑義照会。前回通りの製剤となった。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	クリニックの電子カルテのシステム変更があった。データー移行時に入力間違いがおきたと思われる。	糖尿病治療の経過を把握し、その状況にあっているのか確認してお渡ししている。	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
450	外国人の患者で初めて来局した患者。バイアスピリン（１００）１錠　１０回分　必要時との処方せんを受け取った。用法に不明点があったので疑義照会したところ、患者にたのまれたものを処方したのでそのまま調剤するよう返答があった。それでも疑わしかったので患者に確認したところ日本語を話せず、スマートフォンの画面をみせてくれた。バイアグラの１００ｍｇが欲しいとのことだった。患者がほしいのがバイアグラであること、日本には１００ｍｇは販売されていないことを疑義照会で伝えた。バイアグラ５０ｍｇ　２０回分　必要時　に処方変更となった	バイアグラとバイアスピリンの入力ミス。バイアグラの規格が日本に１００ｍｇが無いことの認識不足。	見慣れない用法がったら疑う	バイアスピリン錠１００ｍｇ	バイアグラ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	本来合剤のタプコム配合点眼薬処方の患者に、名称類似のタプロス点眼を（手書き）処方した。	類似名称薬に注意。	薬歴と類似名称の知識。	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
452	カンデサルタン錠８ミリグラム1錠を服用中の患者様。その翌月カンデサルタン錠８ミリグラム1錠、カムシアＬＤ錠1錠が処方上にあり。患者様の話より降圧剤を合剤に変更すると医師よりきいたが、カンデサルタンの量が多く、電話で疑義紹介を行う。結果カンデサルタン錠８ミリグラム1錠が削除されました。	カルテの見にくさ。	合剤のときは特に重複していないか注意する。			カンデサルタン錠８ｍｇ「ＪＧ」 カムシア配合錠ＬＤ「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
453	おくすり手帳に記載のある退院時処方と異なる点があることと、通常の用法用量と異なる点がある為疑義照会。クロピドグレル錠75mg(病院での入力時はプラビックス錠）4錠×2　→　プラザキサカプセル75mg　4C×2　へ変更となった。	病院での処方入力時は先発名でのプラビックスであり、一括で一般名へ変換している。そのため、プラザキサと入力すべきところを類似名のプラビックスで入力ししまったものと思われる。	総合病院からかかりつけのクリニックへと紹介された事例であるが、退院時処方との整合性がきちんととれているかしっかり確認するようにしている。	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
454	他の医院で服用中の薬が継続処方された患者。トラゼンタ５ｍｇ服用中であったがニトラゼパム５ｍｇで処方あり。朝食後服用であったこともあり、医師に照会。服用中通りの薬に変更となった。	医療機関の処方オーダリングシステムが、部分一致検索になっていると思われ、「トラゼ」と入力し、誤って選択したと考えられる。	服用中の薬をしっかり確認し、変更点などないか確認して調剤している。	ニトラゼパム錠５ｍｇ「ＮＩＧ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
455	セルセプトカプセル250ｍｇ　6C　３×毎食後　14日分処方あり用法、患者からの症状聞き取りで記載誤記疑われ疑義照会セルニルトン錠　6錠　３×毎食後　14日分に変更確認	処方入力時における類似名称選択。２文字検索等が考えられる。	先処方監査の徹底	セルセプトカプセル２５０	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
456	平素よりムコダイン錠５００ｍｇ継続服用中の方臨時薬でカルボシステインシロップ、プロカテロールシロップの混合処方あり同一成分のため疑義にてカルボシステインシロップ削除	ムコダイン錠５００ｍｇ錠を継続服用していることを処方医が確認不足の可能性がある	疑義照会し、カルボシステインシロップは削除となった			カルボシステインシロップ小児用５％「ＮＩＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	今回初めてメルカゾール錠2.5ｍｇが処方。交付時に本人と確認するといつものレトロゾール錠2.5ｍｇ「トーワ」が出ると思っていたとの事。疑義照会によりドクターに確認。間違いであることがわかり、変更して交付した	○○ゾール2.5ｍｇのように最後の3文字と規格が同じであったので変換時に間違えた可能性がある	本人や家族との聞き取りをしっかりと行う	メルカゾール錠２．５ｍｇ	レトロゾール錠２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
458	患者様は緑内障の状態悪化で今回1つ点眼薬を追加するというお話を聞いていた。今回から【般】ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%　1日2回右目が処方追加になったが、元々アイファガン点眼液0.1%を1日2回両目に点眼している方で今回の処方箋にもアイファガン点眼液の記載があり成分が重複していた。疑義照会した結果、【般】ブリモニジン酒石酸塩点眼液　1日2回右目を処方中止し、【般】ブリンゾラミド点眼液1%　1日2回右目に処方変更となった。	ブリンゾラミドとブリモニジンの名称が似ているため処方記載を間違えたものと思われる。	処方内容に変更があった際は成分の重複がないか確認する。	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％「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
459	当初Ｓ‣M配合散が処方されていたが、投薬の際適応の症状なく代わりに頭痛を訴えていた。ＳＧ配合顆粒の入力ミスを疑い処方医に疑義したところ、ＳＧ配合顆粒に処方変更となった。	処方医が入力ミスに気付かないまま処方せんを発行したためと推察される。	投薬の際丁寧にヒアリングをし、患者の病態や服薬状況を把握する。把握した内容と処方内容に齟齬がないか確認し、齟齬が認められた場合は処方医に確認した上で患者にとって最適な投薬を実施する。	Ｓ・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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	クロピドグレル25が処方になり交付時家族に処方理由確認したところ食い違いがあり、クエチアピン錠25と間違った可能性あったため医療機関に確認したところやはりクエチアピン25を処方するつもりでいたことが発覚。処方変更となり正しい薬を交付することができた。	最初の頭文字「ク」と規格が25で同じことから薬剤選択時に間違っていることに気づかず処方箋が発行されてしまったようです。	薬の追加があったときは症状をしっかり聞き取り処方意図をきちんと確認する。	クロピドグレル錠２５ｍｇ「日新」	クエチアピン錠２５ｍｇ「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
461	処方日数が42日の所、ベネット錠75ｍｇ６日処方されており、疑義照会にてベネット錠17.5ｍｇ6日処方へと変更となった	これまではベネット錠17.5ｍｇで処方されていたが、一般名処方へと変更となりベネット錠75ｍｇの処方となってしまった様子	次回以降に処方された際にすぐ気づけるよう、当該医薬品に関して他規格がある事や飲み方の違いを共有しそのほかにも似たような薬や他規格でややこしい薬を共有した			ベネット錠１７．５ｍｇ ベネット錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	他科で酸化マグネシウム錠330服用中の患者にマグミット錠330処方あり。病院には伝えているとのことだが確認	併用薬確認不足	お薬手帳以外でもマイナンバーや問診により併用薬を確認する			マグミット錠３３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	５歳の男の子、アレルギー症状がありアレロック錠５ｍｇ処方されていた７歳からは５ｍｇＯＫなので問い合わせして、アレロック顆粒に訂正	レセコン記載時の入力ミスだろう	年齢に見合った量の確認を怠らないようにする	アレロック錠５	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
464	ポピヨドン液１０％３０ｍＬ消毒液との処方。投薬時、患者に聞き取りするとうがい薬を処方すると言われたと聞き取り。問い合わせたところ、ポビドンヨードうがい液へ処方変更となった。	似た薬剤名のための勘違い。もしくは入力ミス。	初めての患者、処方では処方内容の聞き取りを行なう	ポピヨドン液１０％	ポビドンヨードガーグル液７％「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
465	アジルサルタン10mg2T1日1回朝食後3日分をはじめとする、ほか咳、痰を出しやすくする薬など、7日分処方内容だった。患者本人に確認すると、咳がひどくて受診されたとのこと。降圧剤は、他剤でコントロールされており、抗生剤のアジスロマイシン250mgの入力ミスを疑い、問い合わせたところ、アジスロマイシン250mgに変更となった。	Drの処方入力ミスと入力後の確認不足が疑われる。	処方内容からの疾患の推測。薬品名が類似するものは、情報を共有する。	アジルサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
466	前回７日分で処方されていた、クラリス２００ｍｇが２錠３０日分で処方されていた。抗生剤の長期処方のため念のため確認。クラリチン３０日分寝る前に変更になった。	クラリまで同じなので、入力ミスと思われる。違和感がある処方箋に関して問い合わせが必要。	普段とは違う使い方の薬については念のため先生に確認するようにしている	クラリス錠２００	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	処方箋記載がアモキシシリン２５０mg、アモキサン２５mgの２種類となっていた。患者に確認したところ「抗生物質が出るとは聞いている」と話しあり。アモキシシリンとアモキサンが名称が似通っている為、誤って２回入力してしまったと思い疑義照会。アモキシシリンの処方はそのまま、アモキサンが削除、オーグメンチン配合錠２５０（アモキシシリン＋クラブラン酸）が追加となりいわゆる「オグサワ処方」となった。	アモキサンとアモキシシリンの名称類似による入力打ち間違い	事例共有。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	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
468	以前より当薬局ご利用の方。臨時薬としてカロナール錠200mg、アデホスコーワ顆粒、エチゾラム錠0.5mg処方あり。先指導時に代理のご主人に症状聴取したところ、当該患者様はめまいが酷く病院で点滴をしていると確認。発熱症状や痛み症状はなくめまいが主症状としてあると聞き、先指導をした薬剤師が疑問に感じ病院に問い合わせ。カロナールとジフェニドールを誤って入力をしたことが判明。本来処方されるべきジフェニドールへ変更し薬剤お渡し。	類似名称として入力ミスは起こりにくい事例だが、語尾が似通ってる為入力者のご認識があったと思われる。	処方監査の情報以外でも患者様やご家族の方からの聴き取りも引き続き怠らず適切な処方であるかの確認を行う。	カロナール錠２００	ジフェニドール塩酸塩錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	3歳の新患。処方箋を受け付けた事務スタッフから、「患者の母親が、咳止めは噛んで服用するように言われたと話している。これは噛めるものなのか。」という話があり、処方内容を確認すると、12歳未満の小児には適応がないフスコデ配合錠が6錠分3　7日分で処方されていた。事務スタッフの話を聞いた監査者は、3歳の患者が噛んで服用する咳止めという点からフスタゾール錠小児用2.5ｍｇの間違いではないかと考え、医療機関に疑義照会を実施。その結果、フスコデ配合錠は処方削除となり、フスタゾール錠小児用2.5ｍｇ6錠分3　7日分へ変更になった。	医療機関が、フスコデ配合錠とフスタゾール錠小児用2.5ｍｇを誤って入力したことが原因として考えられる。	事務スタッフが患者から得た情報より処方内容に疑問を感じたことから、ミスを発見するに至った。小児への適応の確認の徹底と、事務スタッフと薬剤師の間での処方内容の疑問点の共有を今後も継続していく。	フスコデ配合錠	フスタゾール錠小児用２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
470	塩化カリウムが処方されていた。カリウム値は正常範囲内であり、利尿剤の併用もなかった。ラコール半固形剤も処方されていたので胃瘻であると判断。塩化ナトリウムと間違えた可能性を考慮し疑義照会を行ったところ塩化ナトリウムに変更になった。	処方入力時に塩化カリウムと塩化ナトリウムの頭文字による誤変換と推定。	検査値、お薬手帳より処方監査し調剤を開始する。	塩化カリウム「フソー」	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
471	他病院にて定期内容が処方されている患者が、臨時処方を受ける際に何度か受診している当該クリニックを受診。今回は、他病院からの定期内容を継続処方して欲しいとの旨で受診しており、その内容は当薬局での調剤も初めてであった。お薬手帳の持参は無かったが前医からの薬情を持参されていたため、今回処方内容と薬情を確認したところ、元々リバゼブ配合錠HDで処方されていたものが今回リオベル配合錠HDで処方されていたため、クリニックに情報提供し確認したところ、リバゼブ配合錠HDが正しいとのことで処方変更となる。	類似名薬剤の処方間違い他に糖尿病治療薬も処方されていたため、その思い込みによる処方間違い	患者からの症状の聞き取りをおこない、現服用内容を患者やお薬手帳、薬情等から収集し、処方内容に誤りが無いか確認する。	リオベル配合錠ＨＤ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
472	普段から当薬局が訪問している在宅の患者さま。臨時処方で、【般】プロカテロール塩酸塩錠0.05ｍｇ　６錠分３毎食後の処方があった。メプチン錠は添付文書上「１回50μgを１日１回就寝前ないしは１日２回、朝及び就寝前に経口投与」となっており、「年齢、症状により適宜増減する。」とはあるものの、高齢であり用量もだいぶ多いので疑義照会を行った。疑義照会を行ったところ、メジコン15ｍｇ　６錠分３毎食後の間違いであったと判明した。	どちらも「メ○○ン錠」であり、名称類似かつ薬効類似による入力間違いだったのではないかと思われる。	用量を確認し、疑わしい点がある場合には必ず疑義照会を行う。	メプチン錠５０μｇ	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
473	平素よりニキビの治療で通院されている患者さんが［般〕クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％　５０ｇ　1日2回　顔の湿疹部分　と記載された処方箋を持参された。患者に医師との話の内容を伺い、かゆみが出てきたため今まで使っていたナジフロキサシンクリームを中止して切りかえて使用するよう医師より指示があったことを確認した。患者の話と患部の状態からみてストロンゲストのステロイド使用に疑問を感じたため処方医に電話で疑義照会を行ったところ〔般〕ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合クリームに変更となった。	医師はデルモゾールGクリームを処方するつもりだったと言っていたので、商品名の頭文字３文字を入力して一般名に変更するときに間違えてデルモベートクリームの一般名を入力したようである。	患者からよく話を聞き、処方された薬が適切か確認していくようにする。	[般]クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％	[般]ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合クリーム		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
474	２歳、１３．２ｋｇの患者にクラリチンＤＳ１％が０．５ｇ分２で処方された。２歳には適応がなく、用法が分２であった為、疑義照会したところ、クラリスロマイシンＤＳ１０％１．８ｇ分２に変更になった。	クラリチンとクラリスロマイシンの入力ミス。入力内容を確認せずに発行したと思われる。	小児科領域の薬は体重や年齢で処方量を監査する為、患者の体重や年齢を把握して監査をすることが重要である。また症状に合った薬が処方されているか、診察時に医師が説明した内容と処方された薬が合っているのか確認する必要がある。今後もしっかりと患者情報を収集して監査を行いたいと思う。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	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	
475	デパケン細粒40％が１回0.5ｇ　１日１回で処方されていた。疑義照会を行うとバルプロ酸Ｎa徐放顆粒40％１回0.5ｇ　１日１回に変更となった。	今回より病院が変更。採用薬がないため成分名が同じ薬剤に変更をしてしまった可能性あり。	お薬手帳の確認。用法が疑わしいものは疑義照会を行う。	デパケン細粒４０％	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	約1年ぶりの来局。他科受診や併用薬はなし。オーグメンチン、アモキサン、ロキソニンとムコスタ頓用の処方。全て先発名での記載。受付した際違和感に気付き患者に伺ったところ、メンタル系の疾患や症状はないと分かった。憩室炎と診断されたとの情報を聴取したことから、いわゆるオグサワの処方であるだろうと推測し、疑義照会を行ったところアモキサンがサワシリンに変更になった。	アモキサンとサワシリンの一般名アモキシシリンが名称類似しているため、3文字検索時に誤った薬剤を選択してしまったと考えられる。	当薬局のレセコンも3文字検索を採用しているため、同じ要因でのミスが起こらないよう事例発生時には薬局全体に周知している。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	サワシリンカプセル２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	当該患者にトルリシティ皮下注が初処方になる。メトアナＨＤからの切り替えを想定していたものと思われるが、メトアナは継続処方。代わりに、ジルムロＨＤが処方削除になっており、削除薬剤の取り違いが疑われた。疑義照会し確認すると、ジルムロＨＤは継続処方、メトアナＨＤは処方削除となった。	どちらも名称に配合錠ＨＤと類似の箇所があったため、誤りが発生したものと思われる。	今回のケースではトルリシティ皮下注とメトアナＨＤが重複処方になっていたこと、患者からの聞き取りで、降圧薬に中止の指示はなかったことなどから総合的に判断し処方誤りに気が付くことができた。今後も名称類似の取違に注意、また、合剤の場合には成分重複に注意することも改めて周知した。			メトアナ配合錠ＨＤ 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
478	眼科よりゾビラックス軟膏５ｇ１本１日４回左目の処方。ゾビラックス軟膏は目には使用しないとの注意あり医師へ疑義照会、眼軟膏へ変更となった。	薬品名類似のため処方間違い	複数規格や眼軟膏あるものなど監査時注意	ゾビラックス軟膏５％	ゾビラックス眼軟膏３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	患者談より点眼すると聴取。ベストロン耳鼻科用が処方されていたため適さないと判断し疑義照会を実施。ベストロン点眼用に変更になりました。	ベストロンを選択する際に誤ったと思われる。	商品名を確認する際は、薬品名、剤形、きかくをと分割して確認するようにしています。	ベストロン耳鼻科用１％	ベストロン点眼用０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
480	スージャヌ配合錠とメトグルコオ錠を服用していたが、下痢があるため、メトグルコ錠からザファテック錠に変更なった。スージャヌ配合錠からジャヌビア錠に変更となった。DPP4阻害薬が重複するため、疑義照会を行った。　ジャヌビア錠ではジャディアンス錠を出したかったとのことで変更となった。	ジャヌビア錠とジャディアンス錠の名称が似ているため医師が勘違いしたと考えられる。	糖尿病治療剤は、配合錠や種類も多いため、重複などないか注意するよう薬局スタッフに指導した。	ジャヌビア錠５０ｍｇ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	頻尿症状の訴えがあり受診。胃苓湯エキス顆粒が処方されている為、疑義照会をしたところ、猪苓湯に変更になった。	処方の入力内容を確認せずに発行したと思われる。	投薬時に患者の症状を聴取し、その症状に合った薬が処方されているか、診察時に医師が説明した内容と処方された薬が合っているのか確認する必要がある。今後もしっかりと患者情報を収集して監査を行いたいと思う。	ツムラ胃苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
482	お薬手帳により重複を確認していたが患者様より重複で可能と聞き取りしていた。処方医に情報提供して処方が削除になった。	同種薬服用により体調不良の可能性あり	併用薬確認、情報収取の徹底			フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
483	施設に入居中の患者様に関する事例。定期往診終了後の処方指示書に記載された処方変更内容を確認したところ「尿酸値低下のためユリーフ中止指示」と記載あり。ユリーフ（シロドシン）は尿酸値を下げる薬剤ではないため他の薬剤と勘違いしている可能性があると考え、処方医に問い合わせを行った。確認したところ他の薬剤名と誤認していたとのことでシロドシンは継続指示となった。	ユリーフと近しい商品名の薬剤として「ユリノーム」、「ユリス」などが挙げられるため、その薬剤と勘違いした可能性がある。	処方変更などがあった際には、変更内容とその理由を確認し正しく変更されているかを確認する。他の薬剤についても、名前が似通っていて間違える可能性があるものについて薬局内で周知した。			シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例
484	初診：甲状腺機能亢進症に対してヨウ化カリウム1g/day、メルカゾール5mgが処方。疑義にてヨウ化カリウム→ヨウ化カリウム丸50mg/dayに変更となった。処方通りだと通常の20倍量の服用となっていた事例	病院のシステムの問題。確認不足	ヨウ化カリウム丸は日常より頻繁に処方されている薬剤であったため用量の違和感に気付けた。添付文書も確認した上で疑義照会を行った。			ヨウ化カリウム「ホエイ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、モノの観点からの検討は困難であると考えられる事例

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）

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	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	炙甘草湯が処方されていた患者。症状を聞き取ったところ、「足がつるので処方してもらった」とのことであった。このことから、名称が類似している芍薬甘草湯を処方するつもりだったのではないかと考え、電話で確認を行った。その結果、芍薬甘草湯に処方変更となった。	名称が類似しているため、コンピュータ上で選択を誤ったのではないかと思われる。	症状の聞き取りを行い、処方内容が適切か確認を行っている。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
2	一般名アンブロキソール塩酸塩徐放カプセル　４５ｍｇ　３カプセル　毎食後にて処方あり徐放カプセルの用法の記載ミスか１５ｍｇの通常錠かの入力ミスと推定、疑義照会を行った	処方医の臨床経験が少なく徐放錠と通常錠の取り違えを行ったと思われる	用法・用量の確認をしっかり行う	アンブロキソール塩酸塩徐放カプセル４５ｍｇ「ＺＥ」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	
3	普段はリン酸ジヒドロコデイン散を3g　分3毎食後で処方されるが、6g分3毎食後となっていた。	リン酸ジヒドロコデインが入手困難であり、代替薬としてコデインリン酸塩散を提案していた。用量が異なることを伝達しているが、情報が医師まで正しく伝わらずに用量を間違えたと思われる。	医薬品不足の影響により、類似薬品など気を付けないといけない医薬品を採用時には周知している。	リン酸ジヒドロコデイン散１％「日医工」	コデインリン酸塩散１％「タケダ」	
4	ヒューマログ注ミリオペンからヒューマログミックス50注ミリオペンへの変更を聞いていないとのことだったので、問い合わせを行ったところ、いつものヒューマログ注ミリオペンへ変更となった。	処方内容の確認不足	患者様からの情報確認を怠らない	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	
5	3年ぶりの来局。ルナベル配合錠ULDが処方されていた患者。投薬時に、ケースの色が異なる気がすると聴取。医師から処方薬変更の話はなかったことから、ルナベル配合錠LDの可能性を考え、疑義照会を行ったところ、ルナベル配合錠ULDが誤りであり、ルナベル配合錠LDで調剤せよと指示を受けた事例。	薬剤名が類似していることから、医師が間違えてしまった可能性がある。	医師との話に相違がないか、投薬時にヒアリングし、必要に応じて疑義照会を行う。	ルナベル配合錠ＵＬＤ	ルナベル配合錠ＬＤ	
6	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％が処方されていたが、以前はキンダベート軟膏が処方されていたため、患者に使用部位の変更もしくは症状の悪化はないか確認し、疑義照会したところ、キンダベート軟膏へ処方変更となった。	キンダベート軟膏の一般名がクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％と名称類似の為、入力間違いになったと考えられる。	ステロイド軟膏の一般名の名称類似は間違いやすいため、十分に確認する。患者に使用部位、処方変更の有無など聞き取りも怠らない。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＮＩＧ」	キンダベート軟膏０．０５％	
7	エクアからの変更時メタクトへ変更　変更不可のため確認　エクメットへ変更になる	変更時の思い違い	処方変更時に変更できる内容か合剤の場合は注意が必要	メタクト配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ	
8	今回初めてメインテートが処方されていたが、3錠3×Nと，通常の用法ではなかった為、病院に確認したところ、メイアクトの間違いであったことが発覚した。処方入力の際、最初の文字からの変換でミスが起きたと考えられる。	病院の処方箋記載の際に先発の名称が類似していた為、間違った薬名で入力されたと考えられる。今回は用量用法が通常と異なったため発覚したが、用量用法が問題なくても投薬時に患者さんとの会話で気付くことは出来たと思う。	このようなことが起こりえることを薬局全体で周知し、次回からも気付けるように意識付けしておく。	メインテート錠２．５	メイアクトＭＳ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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
9	薬剤交付時顔に対してストロンゲストのステロイドクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていることを不審に思い主治医に問い合わせしたところクロベタゾン酪酸エステルクリームに変更となった。	薬剤名の頭4文字が同一であることによる選択ミスと考えられる。	薬剤交付時に使用部位の確認や診察時に医師からどのような説明を受けているかなどを確認する。	クロベタゾン酪酸エステルクリーム０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「日医工」	
10	すでに服用しているＡＲＢ1剤では十分な降圧効果が得られず、ニフェジピンカプセル10ｍｇ1カプセル昼食後30日分が追加となった。現在、降圧薬として用いられることが少ないため、電話で疑義照会したところ、24時間持続のアダラートＣＲ錠10ｍｇ1錠昼食後30日分に変更となった。	処方箋が一般名であったことから、処方箋作成時の入力の誤りであったと推測される。	日頃から患者様とのコミュニケーションを大切にして、処方内容が適切であるかを見極めるのに役だてている。	ニフェジピンカプセル１０ｍｇ「サワイ」	アダラートＣＲ錠１０ｍｇ	
11	ニトロール錠５ｍｇが２錠分2　朝夕食後で処方されていた。添付文書上ニトロール錠は1日３－４回経口投与のため疑義照会した結果、ニトロールＲ錠２０ｍｇ　２錠分２朝夕食後に変更となった。ニトロダームTTSはかぶれるので錠剤で処方したいとのことだった。	薬剤の入力間違い	疑問に思った点は必ず疑義照会する。	ニトロール錠５ｍｇ	ニトロールＲカプセル２０ｍｇ	
12	バルプロ酸Na錠処方されていた患者。服用困難が見られるため相談あり。処方医と相談しバルプロ酸細粒への変更を提案し、処方変更となったが次回処方時にバルプロ酸徐放顆粒の記載だったために再度確認し、用法からもバルプロ酸細粒での処方と確認し処方変更となる	疑義紹介の際、口頭だけで無く、文書での報告も必要であった。	紛らわしい内容の疑義紹介に関しては電文書での報告も必要文書での報告も提案する	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	
13	ツムラ加味帰脾湯　５ｇ２×朝夕食前　３日分の処方だったが他院より同薬を服用中だったため医師に疑義照会。オースギ加味逍遥散　５ｇ２×　３日分に変更になった	加味逍遙散と加味帰脾湯が類似名称なので、医師が誤って処方したと思われる。	間違いやすい薬剤名を共有して、類似名称での誤処方に気付けるように努める。	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）	
14	（般）バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇ1回1錠（1日2錠）1日2回朝夕食後20日分、（般）バルプロ酸Ｎａ錠100ｍｇ1回1錠（1日2錠）1日2回朝夕食後20日分の処方。徐放錠と普通錠の組み合わせのため念の為疑義照会した。（般）バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇ1回1錠（1日2錠）1日2回朝夕食後20日分、（般）バルプロ酸Na徐放錠100ｍｇ1回1錠（1日2錠）1日2回朝夕食後20日分に変更。デパケンＲ錠200ｍｇ、デパケンＲ錠100ｍｇの一般名処方であることを確認した。	コンピュータ入力時の薬剤選択間違いと考えられる。	処方内容をよく確認する。	（般）バルプロ酸Na錠100mg	（般）バルプロ酸Na徐放錠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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
15	ツムラ桂枝加芍薬大横湯処方されており、以前SE記録あり。患者さんにも確認。以前服用していた薬を処方される予定だったとのことで疑義照会。ツムラ桂枝加芍薬に変更。	類似名称の漢方薬であった為、記載ミスと思われる。	以前の薬歴より薬のSEの確認の徹底。不明瞭の点があれば疑義照会を行い確認を行う。	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	
16	5歳20kgの患者にアスベリン散10％１ｇ処方あり	入力時にパソコンでの薬品選択間違え	疑義にてアスベリン散10％１ｇ→アスベリンＤＳ２％１ｇに変更になった	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％	
17	プリビナ点鼻液が点眼指示で処方を受け付けた。疑義にてプリビナ点眼液に変更となった	カルテ入力時、一般名入力で途中のナファゾリン硝酸塩点鼻液0.05％と正しい点眼液との違いが１文字のみであり見落としたと思われます。	同じ成分で、軟膏以外でも複数剤形があるものがあることを念頭に業務にあたっているます。	プリビナ液０．０５％	プリビナ点眼液０．５ｍｇ／ｍＬ	
18	０歳２カ月男児。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を頭に塗布するよう処方箋に記載されていた。クロベタゾールはstrongestで小児に塗布するには強すぎるため、キンダベート軟膏（クロベタゾン）の入力間違いが疑われた。医師に確認したところ、処方間違いであることが判明し、キンダベート軟膏（クロベタゾン）へ変更となった。類似名による処方間違いを防ぐことができた。	一般名の類似による薬剤の選択間違い	ステロイド薬の強さと年齢、塗布部位が適切であるか必ず確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	キンダベート軟膏０．０５％	
19	臨時でカフコデN配合錠が1日９錠の用量で処方された。用量が過量のため疑義照会を行ったところ、フスコデ配合錠1日9錠に変更となった。	カフコデN配合錠とフスコデ配合錠は用法や薬効が類似していることから、処方時に混同してしまった可能性がある。	類似する薬品の用量などを再確認し、今後似た事例が起きた時にも対応可能となるように薬局内で周知した。	カフコデＮ配合錠	フスコデ配合錠	
20	今回よりトラゼンタ錠5mgが新規で追加になっていたが、同じDPP-4阻害薬のジャヌビア錠50mgを継続服用中であったため、疑義照会の結果、ジャディアンス錠10mgに変更となった。	糖尿病治療薬には似た雰囲気の製品名であるが分類が異なる製剤が多いため、本来処方したかった物と誤ったのではないかと推定。	追加処方時や処方変更時には同効薬が重複していないかの確認を怠らない。	トラゼンタ錠５ｍｇ	ジャディアンス錠１０ｍｇ	
21	リンデロンV軟膏を両目に塗布で処方されていたため疑義照会を行った。結果リンデロンA軟膏眼・耳科用に変更になった。	名称類似	病態に対する処方薬の相違ないか思考	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	眼・耳科用リンデロンＡ軟膏	
22	平素から当薬局を利用されている患者さんが処方箋を持って来局された。処方箋にはポビドンヨード外用液10％　30mL(1日数回希釈してうがい)と記載されていた。ポビドンヨード外用液10％は消毒用である為処方医に電話で疑義照会した。その結果、ポビドンヨード外用液10％→ポビドンヨード含嗽用液7％に変更となった。	病院の入力ミスと思われる。	処方箋に疑わしい点があれば必ず疑義照会をして確認する。	ポビドンヨード外用液１０％「ＪＤ」	ポビドンヨード含嗽用液７％「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）

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	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	患者から粉薬が飲みにくいとの訴えあり。Drが錠剤の漢方を処方する。実際には大黄が抜けた処方であり、全く同じ成分の錠剤製剤はないため疑義となり、もとの薬剤に戻る。	レセコン上では頭文字３文字で医薬品が出てくるため、類似の医薬品を選んだと判断される。	医薬品変更時は患者に詳しく話を聞いてから調剤を進める。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（医療用）	
24	メトホルミンGL1000mg処方され、用量超過のため問い合わせを行った。GLとMTを間違えていたため、メトホルミンMT1000ｍｇへ変更になった。	処方内容の確認不足。	用量の確認を徹底していく。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＳＮ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	
25	処方箋発行前に　医師から薬局に電話があった　キンダベート（ミディアム）を処方したいが在庫はあるかと確認の電話だった　薬局にはジェネリックならあることを伝えた　患者が処方箋をもって来局　処方箋を確認したところ　「クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05％」と記載されていた　　医師からの問い合わせで　キンダベートと聞いていた薬剤師は　クロベタゾールプロピオン酸エステルローションは　キンダベートではなくデルモベート（ストロンゲスト）のジェネリック医薬品と気がつき　クリニックに疑義照会して　クロベタゾン酪酸エステルローション0.05％（キンダベートのジェネリック医薬品）に変更となった	ステロイドの一般名　ジェネリック医薬品名は　似ている名称が多く　クリニックの事務が処方箋入力する際に分かりにくく　間違って記載されることがある	似ている名称　一般名　ジェネリック医薬品は　処方箋監査時に　本当にそれでいいのか何度も確認してから調剤し　投薬時にも患者様の症状に薬があっているか確認してお渡しする	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」	
26	他院から転院。処方箋持参時点で、処方内容とお薬手帳の記載内容を確認。内容の変更があったため、家族の方に聞き取り。処方内容の変更は聞いていないということで、疑義照会を行った。	一般名称による類似薬の選択ミスと考えられる。	他院からの転院の場合は、特に以前から服用していた薬との比較、本人・家族からの聞き取りを重視する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「トーワ」	
27	感冒症状のみの患者に対してポラキス錠が処方されていた。医師に確認した結果、ポララミン錠に処方変更となった。	処方箋入力ミスと確認不足。	処方内容と患者様から聞き取った内容に相違がないか確認を徹底している。	ポラキス錠２	ポララミン錠２ｍｇ	
28	13歳女性。メプチンエアー10μｇ　1回2吸入、1日4回までの処方。用量を電話にて疑義。メプチンキッドエアー5μｇ　1回2吸入、1日4回までとなった。	用量の判断が難しい年齢。1年前の処方ではメプチンキッドエアーが出ていたため、今回疑義に至った。	今回の処方元のクリニックでは小児患者の用量は比較的少なめで出されることが多いため、そういった傾向なども薬局内で情報共有し過誤の発生を未然に防ぐようにしている。	メプチンエアー１０μｇ	メプチンキッドエアー５μｇ	
29	投薬時、症状の確認を行ったところ、相違が解った。	入力ミスと確認不足が考えられる。患者聞き取りは必ず行う必要性がある。	変更点の確認、患者への確認等聞き取りは必ず行う事。	アズレン含嗽用顆粒０．４％「ツルハラ」	アズノール軟膏０．０３３％	

類型IIIの事例（事例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）

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	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	当局数年ぶりの来局　前回分まで　クリニックの門前薬局で調剤してもらっていた　　処方箋内容とお薬手帳を確認したら　注射薬が変更になっていた患者様に確認したところ　注射薬変更はドクターから聞いていないとのことで疑義照会　クリニックの記載間違いで　いままで使用中の注射薬に変更　数量も2→3キットに増量　打つ単位に変更はなかった	クリニックでの　処方内容確認不足	引き続き　お薬手帳や患者様への聞き取り等　処方箋以外の情報を収集することにより　処方箋内容に誤りがないか確認お薬手帳持参のメリット説明して持参促し活用してもらう	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス２５注ミリオペン	
31	転院により初めて来局。(般)チモロール点眼液0.5%(非持続性)が1日1回点眼にて処方されていた。手帳を確認したところ今まではチモロールXE点眼0.25%が処方されていたため問い合わせ、持続性であるチモロールXE点眼に変更、また規格も今まで使用していた0.25%のものに変更になった。	一般名処方による処方。非持続性と持続性の部分のみが異なり、名称が類似しているため入力時に誤ったものと思われる。	処方薬に対し用法も問題ないか必ず確認、併せて手帳との付け合わせも忘れずに行う。	チモロール点眼液０．５％「ニットー」	チモロールＸＥ点眼液０．２５％「ニットー」	
32	食事がとれていないと受診された患者様に、ラコールＮＦ配合経腸用液半固形で処方されていたが、患者様の状態を確認し、半固形製剤である必要性がないと感じたので、疑義照会。ラコールＮＦ配合経腸用液に変更になる。	処方医が半固形製剤を知らず、入力時に注意を怠ったと思われる。	患者様の状態にあった薬が処方されているかを、処方監査時にしっかり行うようにしている。	ラコールＮＦ配合経腸用半固形剤	ラコールＮＦ配合経腸用液	
33	初めて当局を利用された70代男性の処方箋をご家族が持参され、「いつも飲んでいる薬だと思う。後でまた取りに来る。」と外出された。複数薬剤が処方されている中に、【般】テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）　2錠　分2朝食後、就寝前　の処方あり。用法の間違いだと思い、クリニックに問い合わせたところ、「前医が処方された通りに薬を出しているから、そのままで良い」との返答。一度電話を切ったが、テオフィリン徐放錠には12～24時間持続の分2タイプと24時間持続の分1タイプがあるので、前医で処方されていた薬の名前を教えてほしいと再度電話にて確認すると、テオフィリン徐放錠200mgの12～24時間持続タイプであることが分かり、処方変更となった。	Drは患者が持参したお薬手帳を見て処方された模様。テオフィリン徐放錠と記載されているのを見て、【般】テオフィリン徐放錠200mgを選択し、24時間持続になっている事に気づかずに入力した、もしくは、24時間持続と12～24時間持続があることをきちんと認識しておらず、特に注意せずに入力したと考えられる。	ニフェジピン徐放錠やテオフィリン徐放錠などの一般名が似通った薬剤を調剤するときは、薬剤の確認や処方監査をいつも以上に丁寧に行う。Drも人間、間違えることもあるので、薬剤師が自信を持って納得するまで疑義照会する。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオドール錠２００ｍｇ	

類型IIIの事例（事例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）

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	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	転勤で引っ越しされてきた方で、初めて来局された患者様であった。処方箋には一般名処方でテオフィリン徐放錠200ｍｇ(24時間持続)他数剤が記載されいた。患者様からは転勤前から継続していた薬を処方して頂いたと伺ったが、持参されていたお薬手帳を確認すると転勤前の記録にはテオフィリン徐放錠(12～24時間持続)が記載されていた。本人に確認したところ特に薬の変更の話は聞かれていなかった。処方医療機関へ疑義照会を行い、一般名処方テオフィリン製剤(12～24時間持続)へ変更となった。	病院側の知識不足で類似名称の薬で処方箋を出してしまった。	転院されてきた患者様は提示されたお薬手帳と処方箋とで違いがあるか、投薬時にも患者さんの話と食い違いがないかをしっかり確認していく。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	
35	スージャヌ配合錠を服用中でリベルサス３ｍｇが追加になったため医師に照会スージャヌ配合錠をスーグラ５０ｍｇへ変更の指示あり。	配合剤で処方されている場合、他の薬が追加になったとき同効薬などの重複について見逃しやすく注意が必要。	糖尿病の薬は多種あるため新しく薬が追加になった場合、同効薬が重複していないか注意する。	スージャヌ配合錠	スーグラ錠５０ｍｇ	
36	コデインリン酸塩錠20mg　6錠　1日3回　毎食後　6日分処方あり。１日６０ｍｇ適宜増量だが、適宜増量の範囲を逸脱しており、リン酸コデイン散と間違えたのではないかと考え疑義照会実施。	リン酸コデイン散の処方に慣れていない医師が間違えて処方したのではないかと推測	鎮咳薬として麻薬処方が出ることは極めてまれ。また麻薬処方が初回患者には処方内容の確認を実施している。	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「タケダ」	リン酸コデイン散１％「ホエイ」	
37	医療機関Aからアイミクス配合錠HD他が処方された患者は、薬剤師がお薬手帳を確認されたところ以前よりアイミクス配合錠LDを服用していることが判明した。薬剤師が医療機関Aの医師Aに疑義照会したところ、アイミクスLDが正しいということであった。今回は配合剤でなくても良いとのことであったため、イベルサルタン錠100mgとアムロジピン錠5mgに処方変更となった。	処方内容の確認不足。	患者のお薬手帳を活用し、処方内容の適合性を確認する。	アイミクス配合錠ＨＤ	アイミクス配合錠ＬＤ	
38	12歳未満（6歳）の患者にカフコデが処方となった。呼吸抑制の可能性もあり、疑義照会を実施した。結果としてアスベリン散に処方変更となった。	年配の医師であり、近年、コデイン含有製剤の小児禁忌になった旨を把握していなかったと推測できる。	年齢と用量のチェックを欠かさず行っている。	カフコデＮ配合錠	アスベリン散１０％	
39	定時処方に追加として、透析中にツムラ炙甘草湯の処方。薬効的にも透析中に使用する薬ではなく、名前も似ていることから念のため病院に確認、芍薬甘草湯に変更となった	漢方薬でカルテ入力の際に漢方薬で『しゃ』から始まり後半の『甘草湯』は同じ名称のため選択を誤ったのではないかと考えられる。	新規追加になった理由、服用時点などをしっかり確認のうえ調剤を行っている。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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）

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	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
40	糖尿病の血糖コントロール目的にて入院していた当該患者が、退院後最初の通院で処方箋を発行され当薬局へ来局された。処方せんには「ヒューマログ注ミリオペン　朝22単位、夕20単位」が記載されており、処方鑑査した薬剤師は速効型インスリンの単位数、用法に違和感を覚え、提出されたお薬手帳を確認した。手帳には入院中の処方内容が貼付されているのに併せて退院時情報提供書も貼付されていた。そのどちらにも「ヒューマログミックス50注ミリオペン　朝22単位、夕20単位」の記載があった。名称類似のため、処方入力時に入力間違いが発生したと判断した当該薬剤師はすぐに電話にて処方医へ疑義照会を行った結果、「ヒューマログミックス50注ミリオペン　朝22単位、夕20単位」へ変更となった。	電子カルテでの入力の際に、名称類似のためコンピュータ上での薬剤選択に過誤が発生した。	お薬手帳が提出された場合は初来局、再来局問わず毎回手帳を確認するのに併せて、再来局の場合は薬歴も確認するようにしている。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	
41	いつものかかりつけの先生から臨時で変わった先生が、患者様との診察時に服用回数などの話をされ徐放錠へ変更して服用しやすいように処方をされたが、服用回数は1日3回のままで記載されておりました。疑義照会した際にはその先生は居られなかったため、かかりつけの先生とお話しして普通錠のままで継続とされました。	今回から一般名処方されており先生が徐放錠の服用回数について注意していなかった可能性があります。また臨時の先生といつもの先生との間での情報共有が曖昧であった事が考えられます。	いつもの薬で一般名処方へ変わった場合、徐放錠や持続性の製剤への入力ミスが起こる可能性があるため規格のところまできっちりと監査をして行く事が大切	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	
42	0歳10ヶ月の小児にメプチンエアー１０μｇ吸入１００回が処方されており、過量と思われたため電話にて疑義照会を行い、メプチンキッドエアー５μｇ吸入１００回へ処方変更となる。	名称類似のため、処方箋作成の際に、見落としや勘違いがあったと推測される。	処方監査時に、薬品名称をすべて確認し、小児の場合は必ず年齢・体重等を確認することとした。	メプチンエアー１０μｇ吸入１００回	メプチンキッドエアー５μｇ吸入１００回	
43	デキサメタゾン軟膏0.1%　患部塗布処方投薬時に患者から口内炎であることを聴取。そのため医療機関に問い合わせを行い、デキサメタゾン口腔用軟膏であることが発覚。	医療機関側の入力ミス	投薬時に症状から処方されている薬剤は適正であるか、鑑査時だけでなく投薬時にも意識する。	デキサメサゾン軟膏０．１％「イワキ」	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」	

類型IIIの事例（事例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）

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	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	平素より、当薬局をご利用している患者。今まで通院していたクリニックが閉院の為、他のクリニックへ紹介され、初めての受診。医師より、今までと同様に処方するとの説明を受けている。 今までは、般）バルプロ酸ナトリウム錠(200)3錠分3→デパケン錠(200)3錠　分3でお渡ししている。今回、般）バルプロ酸ナトリウム徐放錠(200)3錠分3の記載。転院での徐放錠への変更の可能性も有り、また、デパケンR、セレニカRかの記載も無く、徐放錠では用法用量の確認も必要なので問い合わせをする。継続中である、般）バルプロ酸ナトリウム錠へ変更指示。	問い合わせ時に、転院先のクリニックでは、デパケン錠を使用した事が無く、その為徐放錠で入力してしまったとの返答があった。	一般名の処方時に注意しなければならない薬である事が情報として周知されており、特にバルプロ酸ナトリウムは、錠と徐放錠では、用量、用法に違いがある事も注意喚起している。	デパケンＲ錠２００ｍｇ	デパケン錠２００ｍｇ	
45	約1年ぶりの来局。普段は自宅近くの他病院に通院されているが、年に1回検査のため今回総合病院受診。他病院（主治医）からの定期薬を今回総合病院の医師から処方あり。【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（24時間持続）4T/2×朝夕食後で処方されていたが、お薬手帳より主治医からは【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続）4T/2×朝夕食後で処方されていることを確認。疑義照会にて、ニフェジピンL錠に変更。	一般名が同一であるため、処方時の入力選択を誤ったと思われる。	同じ一般名であっても、規格・剤形が異なるものがあることに注意しながら鑑査を実施していく。また間違いが発生しやすい薬剤の剤形等を周知していく。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	
46	アズノールうがい液処方あり。患者家族から塗る薬を依頼いたとのことで疑義。アズノール軟膏へ変更となる。	剤形選び間違い	慎重鑑査	アズノールうがい液４％	アズノール軟膏０．０３３％	
47	過去歴よりバルプロ酸Na細粒40％を服用していたが、当月処方は徐放顆粒40％へ変更となっていた。往診に同行した方へ確認したところ変更の話はなかったとのこと。クリニックへ問い合わせをして徐放ではなく過去同様に細粒との確認がとれた。	クリニックの薬品採用の期限が細粒が切れていた関係で、スタッフが名前が近い徐放顆粒を選択したとのこと	徐放顆粒と細粒は作用時間が異なるため、今後も不明確な変更点があった場合クリニックへの確認を徹底して行う。また、名前が近いからと言ってスルーせずにリスクがある似ている名前の薬剤や他剤型のものはチェックを行っていく	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」	

類型IIIの事例（事例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）

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	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
48	患者の母親が来局．流行性角結膜炎の診断で，処方内容はレボフロキサシン点眼液1.5%5ml，リンデロン点眼液0.01%5ml，リンデロンVG軟膏5gであった．患者の母親にリンデロンVG軟膏についてどのように説明を受けたか確認したところ，何も聞かされていないとのことであった．．リンデロンVG軟膏は眼科ではあまり処方されず，理由が不明のため疑義照会したところ，カルテには眼・耳科用リンデロンA軟膏5g　1日1回点入と記載されているとのことで，処方変更となった．	非常勤医師であり，入力に不慣れだったため打ち間違いしたと推測される．	リンデロンは軟膏剤・濃度共に複数の規格があるため，どれが何に対応しているか確認しておく．	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	眼・耳科用リンデロンＡ軟膏	
49	ツムラヨクイニンエキス下流が処方されていたが患者の母親より水いぼで受信していることが判明。ツムラのヨクイニンは構成生薬にヨクイニン以外のマオウやカンゾウ等入っており適応は関節痛や筋肉痛であることからコタローヨクイニン散の間違いではないかと思い疑義照会を行った。その結果コタローヨクイニン散に変更となった。	名称が似ており、構成生薬がメーカごとに違うという認識不足か、入力の際に誤って入力された可能性あり。	漢方薬はメーカーによって構成生薬が違うものがあることを認識していたため構成生薬と効能効果を確認し発見できた。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス散「コタロー」	
50	6歳の男の子。口周りを盛んに舐めてまっかっかになったということでオンライン診察。処方箋が送付されたが処方を確認したところ【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と白色ワセリンの混合薬を口周りに使用するとの指示だったストロンゲストの軟膏をわざわざ薄めて口周りに塗布するとは考えにくく、【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏とのオーダーミスかもしれないと疑義照会を行ったところ、その通りであった	一般名がとても似通っているものは商品名が全く異なっているとしても、チョイスミスを起こす可能性がある。	医師の薬剤の選択ミスも想定されるので注意して監査を行う。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	キンダベート軟膏０．０５％	
51	医師が、まずシロップとドライシロップを間違えて、カルボシステインシロップ5%と入力してしまい、カルボシステインDS50%と思っているので、400と入力してしまって、400mlになってしまった。	明らかに投与量が多い場合、まず薬剤の間違いを考える。	明らかに量が多いので、これは間違いで、シロップ剤でなく、DS50%で、400mlは400?rの間違いであろうと考え、医療機関に電話して疑義照会した。	カルボシステインシロップ５％「タカタ」	カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」	
52	以前からバルプロ酸徐放錠が処方されていた患者様が転院先の処方ではバルプロ酸普通錠で処方されていたため疑義照会。医師の転記ミスであることが判明、処方も徐放錠に変更となった。	ご処方された先生は研修医との事でバルプロ酸に徐放錠と普通錠があることをご存じない様子だった。当薬局は心療内科の処方を多く取り扱っているためバルプロ酸が処方された場合は普通錠なのか徐放錠なのか注意して確認する習慣があったので気づくことができた。	転院しても同じ薬局をご利用いただいたことで転院前と転院後の処方の違いにいち早くきづくことができた。もし他の薬局に行っていた場合以前の処方を確認するのが難しく気づけない可能性も考えられる。かかりつけ薬局の重要性を改めて実感した。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「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）

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	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
53	眼科処方箋にてゾビラックス軟膏5%が処方されていた。待合室で患者が家族に目の症状を話しているのが聞こえてきたため、目の中に使用すると把握できた。ゾビラックス軟膏5%は目の使用には不適切のため疑義照会したところ、ゾビラックス眼軟膏3%が正しいと確認できた。	名称がよく似ているためカルテの記載を誤ったと考えられる。	ゾビラックス軟膏5%とゾビラックス眼軟膏3%はどちらも在庫しているので、処方箋の科と使用部位を必ず確認するようにしている。	ゾビラックス軟膏５％	ゾビラックス眼軟膏３％	
54	交付時、患者より血圧上昇のためオルメサルタンを10mgから20mgに増量するとDrから説明があったと聞きとった。しかし、処方はオルメサルタン10mg削除となりオメプラゾール20mgが追加となっていたため、処方入力時の選択ミスではないかと考え、処方医に疑義照会を行った。処方医よりオメプラゾールは削除、オルメサルタンOD20mgに変更との指示を得た。	処方入力時に、薬品名を検索する際オルメサルタンを選択するところ間違ってオメプラゾールを選択してしまったのではないかと推測される。	患者よりの聞き取った診察中のDrの説明と処方内容に相違がないかを注意深く判断し、少しでも疑義がある場合は必ず処方医に確認するようにしている。また、患者がDrの説明を十分理解できていない時も同様に処方医に確認し指導するようにしている。	オメプラゾール錠２０「ＳＷ」	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	
55	一般名クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%　10g　1日1回頭皮で処方箋記載あり。0歳6か月の患者に対してステロイドランクStrongestの薬品が処方されるのはおかしいと思い、Mediumランクで薬品名が類似しているクロベタゾン酪酸エステルローション0.05%の誤りではないかと疑義照会を実施し処方変更に至った。	一般名での処方であり、薬品名が5文字目まで一緒だったことが要因ではないかと思われる。	乳幼児・小児に対して効果の強いステロイドが処方された際には、基本的に処方元への疑義照会を実施。	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」	
56	当初ヒルドイドクリームとプロペトの混合指示が出ていたが、この2剤は混合後安定性悪いため処方医に確認。ヒルドイドクリームからヒルドイドソフト軟膏へ変更となった。	処方医が入力ミスに気付かないまま処方箋を発行したためと推察される。	混合指示が出ている外用剤については必ず安定性を確認し、処方量と安定性が担保されている期間に齟齬がないことを確認する。齟齬が認められる場合は代替となる基材の提案や安定性が担保されている期間の情報提供を行う。	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％	
57	処方箋に（般）類似物質外用液と記載されていたため、ヒルドイドローションをお渡しした。その際、処方医に泡ではないヘパリン類似物質外用スプレーを頼んだと言われたので、疑義照会をしたところ、（般）ヘパリン類似物質外用スプレーに変更となった。	医院側での薬剤の類似名称における処方医の確認不足。	一般名の場合、それが処方意図に沿うものか、患者さんから治療情報を聴きとるなどして確認する。	ヒルドイドローション０．３％	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
58	61歳女性患者様にフルメタ軟膏が処方。使用部位が顔・頚部と記載されていたがフルメタ軟膏はvery strongクラスであり顔・頚部に塗るには少し強めであるため問い合わせ。疑義後、アルメタ軟膏へ変更になった事例。	アルメタ軟膏とフルメタ軟膏は医薬品名が類似していたため入力を誤ったと考えられる。	外用ステロイドが処方された際は、使用部位の確認も徹底して行う。	フルメタ軟膏	アルメタ軟膏	
59	ビオスリー配合散6g分2の処方あり。通常服用量よりもかなり多く、患者が17歳と未成年であることも考慮し、確認の疑義照会。ビオスリー配合錠6g分2に変更となった。	ビオスリー配合錠6錠処方するつもりが、検索すると一緒の画面に出てきたと思われるビオスリー配合散を選択されたと推測する。	ビオスリー配合錠はそのままだが、ビオスリー配合散は後ろに（１ｇ／包）を付け、「ビオスリー配合散（１ｇ／包）」と表示されるようにしている。	ビオスリー配合散	ビオスリー配合錠	
60	ヒューマログミックス５０注ミリオペンで継続治療中の患者。残薬があったため前回はヒューマログミックス５０注ミリオペンの処方がなかった。今回は残薬が無くなったため、ヒューマログミックス５０注ミリオペンが処方されるべきところヒューマログ注ミリオペンが処方されていた。本人・家族に確認を取ったが、薬が変更になるといった話は聞いていないとの事で疑義照会を実施。処方医にヒューマログミックス５０注ミリオペンからヒューマログ注ミリオペンへの変更意図はなく、ヒューマログミックス５０注ミリオペンに処方変更となる。	処方入力の際に、ヒューマログミックス５０注ミリオペンを選択するべきところ誤ってヒューマログ注ミリオペンを選択してしまったことにより発生した事例だと考えられる。	今後も患者の薬剤服用歴を参照しながら監査を実施する。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	
61	お薬手帳記載あること確認し患者様より前に処方されたものと同じものを処方すると確認。医師も同様の認識だったと思われる。名称が2文字まで同じでありそこからの打ち間違いが原因と思われる	自動検索システムにて間違ったものが自動検索され選択できる仕様になっていること、処方を入力したあとの確認不足によるもの	患者様との相互確認、監査時の薬効チェック	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％「ニットー」	
62	メイラックス錠1mg3錠分3毎食後3日分の処方あり。添付文書上の用法は分1～2の薬剤のため医療機関へ問い合わせたところ、メイアクトMS錠100mgの間違いであった。	商品名の最初の2文字が同じであるため、処方入力時の検索画面での薬剤選択を誤ったと推測される。	今回のケースでは添付文書とは異なる用法で処方されたため、患者への交付前に疑義照会を行うことができた。もし患者への交付時に聞き取った症状の適応に該当しないと思われる薬剤が処方されている場合は、念のため疑義照会を行うことが必要である。	メイラックス錠１ｍｇ	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	
63	退院時処方テラムロAP配合錠がテラムロBP配合錠に変更になっていた。患者から変更の確認が出来なかったため疑義照会を行ったところ、テラムロAP配合錠に変更になった。	退院時処方から外来処方箋を入力する際に薬品名が類似しているため入力を間違えて選択した可能性が高い。	処方薬変更時にその変更理由が不明な場合は必ず疑義照会を行い確認する。	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
64	ジャヌビア100ｍｇの処方にスージャヌ配合錠が追加になった	スージャヌ配合錠とスーグラ錠50ｍｇの入力ミス？	今回はジャヌビアで気が付いたが、グラクティブ錠の時は気が付かない可能性があるので、注意喚起	スージャヌ配合錠	スーグラ錠５０ｍｇ	
65	腰痛のため受診された患者様。痛み止めとしてロキソプロフェンが処方されていたが、服用後に湿疹が出る副作用歴があった。投薬時に患者様との話の中で発覚し、照会。患者様はロキソニンにアレルギーがあると分かっていたため、交付後に処方内容の確認をしていたが、名称が異なるため別の薬だと思っていたとのこと。疑義照会を行ったところ、医師はロルノキシカムを処方したつもりだったとのことで処方変更になった。	名称類似のため処方ミスが起こったと考えられる。	入力の際は頭3文字と規格で行っている。投薬時に患者情報の聞き取りを行い、随時更新している。	ロキソプロフェンナトリウム錠６０ｍｇ「ＣＨ」	ロルノキシカム錠４ｍｇ「ＫＯ」	
66	初めて処方される薬で、グラクティブ（50）２錠分2だったので、疑義照会。本人にも血糖のことは何も言われていないとのこと。疑義照会したところ、グレースビット（50）に処方変更されました。	電子カルテで近かったものを入力してしまったようです。	用法・用量の違いだけでなく、患者からの聞き取りもしっかり行う。	グラクティブ錠５０ｍｇ	グレースビット錠５０ｍｇ	
67	風邪症状で来局患者の処方箋を確認。コデインリン酸塩10%と記載あり、患者さんの状態と用量に疑問を持ち疑義照会を行った。医師がレセコンで薬品名選択時コデインリン酸塩10%を選択してしまい間違いに気づきコデインリン酸塩1%へ変更となる。	レセコンでの薬剤選択時　規格の違いに気づかず麻薬のコデインリン酸塩10%を選択。	患者さんの体調、病名を聞き取り処方薬の規格など適正使用かどうかを必ず確認する。	コデインリン酸塩散１０％「タケダ」	コデインリン酸塩散１％「メタル」	
68	ツムラ当帰芍薬散が処方されていた患者。年齢などから処方意図がくみ取れず、ご本人へ処方目的を確認したところ足の攣りのためにツムラの68番を希望していたとのこと。芍薬甘草湯と当帰芍薬散の入力の誤りの可能性を考え、疑義照会を行ったところ、当帰芍薬散から芍薬甘草湯へ変更となった。	電子カルテで「芍薬」で検索し、当帰芍薬散と芍薬甘草湯で選び間違ったと医師より回答頂いた。	ご本人より症状等をしっかり聞き取り、患者の年齢・背景・処方歴などからの処方意図をしっかり検討することを徹底する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
69	ザクラス配合錠ＨＤを糖尿薬と勘違いし減量のためＬＤに変更し処方した。血圧と糖尿の処方内容で交付時のヒアリングで整合性が取れず問い合わせ実施した。	勘違い	内容変更になった処方時は必ず経過を確認して交付する	ザクラス配合錠ＬＤ	ザクラス配合錠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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
70	一般名ミノドロン酸錠５０ｍｇ　起床時　４週に１回　４日分の処方せんをもって来局。新規薬。同時にエルデカルシトールも処方されていたが28日分だったため、週１の薬か月１の薬か説明があったか確認する。週１の薬を出すと聞いたことを確認し、疑義照会。ボナロン錠３５ｍｇ　起床時　週1回　４日分処方へ訂正となる。	処方せんは一般名であるが、処方医は先発品名のボナロンとボノテオの間違いであったようだ。	月一製剤が4か月分も処方があったため、すぐに疑問に思い疑義照会に至った。	ボノテオ錠５０ｍｇ	ボナロン錠３５ｍｇ	
71	熱と喉の痛みがあり、門前医院を受診し来局。処方せんには、セフジトレンピボキシル１００ｍｇが分２で５日分とあったが、他にロキシスロマイシン１５０ｍｇも分２で５日分自己調整可との記載があった。抗菌薬の重複であり、更に自己調整可となっていたので、疑義。ロキシスロマイシン１５０ｍｇではなく、ロキソプロフェンＮａ６０ｍｇの間違いと判明。	薬剤の最初の２文字が同じだったため、入力ミスをしたのだと思われる。	今回は抗菌薬の重複、自己調整可と、明らかに疑問視する内容だったが、類似名称の間違いはまれにあるため、患者の訴えをよく聞き入れて、処方薬が適切かどうか必ず確認する。	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「トーワ」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「サワイ」	
72	当該医院は普段よりアンブロキソール塩酸塩シロップ用は1.5%を処方。今回初めて3%で処方が出た。アンブロキソールは出荷調整もある薬で流通が非常に悪いため新しく採用した可能性もあるが、患者様のご家族様に体重を確認したところ、用量が過量の疑いがあり疑義照会を実施した。 結果、処方画面での選択ミスがありアンブロキソール塩酸塩シロップ用1.5%が正しいとの返答があり調剤を変更して事なき事を得た。 また、今回の事例は3人兄弟のうち1人はアンブロキソール塩酸塩シロップ用1.5%で処方箋持参。2人がアンブロキソール塩酸塩シロップ用3.%での処方箋持参であった。	処方選択画面での選択ミス	監査時には規格までしっかりとチェックを行い、同じ名前の薬でも規格が複数あるものは普段から注意しています。容量についても、添付文書がすぐに確認できる様にインターネットに接続されたタブレットを調剤室に常備して監査を行なっています。	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ３％「タカタ」	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」	
73	他の薬でおそらく帯状疱疹と思われる方へメサデルムクリーム処方あり。他の部位への薬の可能性もあるため投薬時に確認したところ、帯状疱疹のみ見てもらったこと発覚。電話にて問いあわせし、スタデルム軟膏へ変更になった。	商品名の類似。	類似薬は場所をはなして保管する。患者様からの聞き取りをできるだけ詳しく聞き取る。	メサデルムクリーム０．１％	スタデルム軟膏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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
74	ツムラ当帰芍薬散が処方されていました。芍薬甘草湯との間違いが多いため念のため薬を用意する段階で患者様に確認のお声掛けしたところ、こむら返りで受診したとのこと。疑義照会にてツムラ当帰芍薬散⇒ツムラ芍薬甘草湯へ変更になりました。	名前が似ているため間違えたと思われます。	名前の間違いやすい薬は、間違いがあるものとして確認の徹底をしていきます。	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）	
75	一般名処方でオフロキサシン耳科用液が処方。患者の母に症状の聞き取りを行ったところ、耳症状は今回特になく目ヤニが続いていることを聴取。疑義照会を行ったところオフロキサシン点眼液に処方変更となった。	自家用液の容器の形状は点眼瓶と同様であるため万一交付してしまった場合患者さんは気付かずに誤使用する可能性が十分考えられる。また、耳科用液、点眼液ともに成分量が０．３％であり入力時に薬品候補から選択する際に間違える可能性も考えられる	今回は用法も点耳となっており単に処方せん指示を見ただけでは判断がつかなかった。患者さんにしっかり聞き取りを行い処方薬との整合性をみることが重要である。	オフロキサシン耳科用液０．３％「ＣＥＯ」	タリビッド点眼液０．３％	
76	カデチア配合錠HDからカムシア配合錠LDに変更。投薬ときに患者より家庭血圧が112から116/-で推移していることを確認し、主治医より血圧が低くなってきているので弱い薬に変更と聞いていることを聴取し、ヒドロクロロチアジド6.25ｍｇからアムロジピン2.5ｍｇでは血圧低下効果が強いと考え、薬品名も類似していることよりカデチア配合錠ＬＤの間違いではないか疑義にてカデチア配合錠ＬＤに変更となった。	薬品名類似にても変更時の間違い	患者より薬変更時に症状と変更になった理由を確認	カムシア配合錠ＬＤ「サンド」	カデチア配合錠ＬＤ「テバ」	
77	疑義照会にてタナトリル錠5ｍｇ→タリオン錠10ｍｇへ変更	名称まちがい	疾患状況と薬効成分説明	タナトリル錠５	タリオン錠１０ｍｇ	
78	ヒドロキシジン酸塩カプセルとバルサルタン錠が処方された患者。ヒドロキシジンパモ酸塩は蕁麻疹と神経症における不安・緊張・抑うつの2つに適応があるため今回の処方意図を確認。また同時処方されたバルサルタン錠は高血圧症に適応があり違和感を感じた。その後、病院から利尿剤を処方したつもりと聞き取ったため、ヒドロクロロチアジドではないかと再度確認を行った。	頭文字3文字まで同じ薬剤名であることから、処方内容の確認不足ではないかと思われる。	複数適応がある薬剤や処方内容に違和感を感じた場合は、処方意図または患者に受診の経緯を確認することを怠らない。	アタラックス－Ｐカプセル２５ｍｇ	ヒドロクロロチアジドＯＤ錠１２．５ｍｇ「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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	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
79	約1年ぶりに来局した方。別病院から転院してきた、と家族の方が処方箋を持参した。内服薬10種、インスリン1種の他にセレニカＲ顆粒40％が1g分2朝夕食後で処方されていたが、お薬手帳を持参しなかったので転院前にもらっていた内容の詳細は確認できず。 調剤をする前に、セレニカＲ顆粒が24時間持続型なのに分2で処方されている事に疑問を持ち家族に聞きとりをしたところ、今までも1日2回で粉の薬を服用していたとお話し。 処方された薬が誤っている可能性もあるため病院に、通常セレニカＲ顆粒は1日1回で服用するが、あえて分2で処方か？転院前に服用していた薬剤の詳細も確認したい、と疑義照会をした所、紹介状にはバルプロ酸Ｎａ細粒40％「ＥＭＥＣ」0.5ｇ1日2回と記載されていたので％が同じで病院採用のセレニカＲ顆粒40％を1g分2で処方した、と回答あり。 セレニカＲ顆粒40％とバルプロ酸Ｎａ細粒40％は作用時間の異なる別の薬であり、また、他の薬剤の記載から判断して記載されているのは1回量ではなく1日量なので用量も今までの倍量になってしまっていると指摘した結果、デパケン細粒20％1g分2朝夕食後へ訂正となった。	別病院から転院した方で、紹介状を元に処方したようだが採用薬の関係で同じ薬が出せず変更したところ、作用時間の異なる薬剤を用量を誤って処方してしまったのだと思われる。	転院してきた方で、お薬手帳を持参しなかった場合にも疑わしき内容があったら疑義照会して転院前の処方内容を確認するようにしている。	セレニカＲ顆粒４０％	デパケン細粒２０％	
80	９歳の患者様。咳症状あり受診のところ、シングレア錠10ｍｇ処方があり、年齢的にはモンテルカストチュアブル錠5ｍｇの適応の患者様だったため、疑義照会し、モンテルカストチュアブル錠5ｍｇに変更。	入力間違いの可能性	年齢と体重とで処方量について検討が必要なので、体重で検討されている場合もあるが、しっかり確認が必要。	シングレア錠１０ｍｇ	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「サワイ」	
81	処方箋にニフェジピン錠20mg（12時間持続）2錠　朝食後と記載があり、ニフェジピンL錠20mgをピッキングした。患者来局時、お薬手帳を確認したところ、前回は他病院・他薬局にてニフェジピンCR錠20mg　2錠　朝食後が調剤されていたことが判明。今回処方の薬が前回と異なる事に疑問を抱き、医師に問い合わせしたところ、前回調剤と同様のニフェジピンCR錠へ変更となった。	カルテ入力時の選択ミス。12時間持続or24時間持続のところまで確認が出来ていなかった。	お薬手帳確認の徹底。類似品が処方されたときは、処方元、患者さんよりしっかり情報収集し本当に処方すべき薬品であるかどうか確認をする。調剤時も処方せん記載の剤形・規格・用法用量の確認をしっかりと行う。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	
82	初回バルプロ酸ナトリウム錠を分2で処方があった。初回投薬時は患者様より言及もなくそのままお渡しした。2回目の投薬時のお話から発作は無いが薬が切れたような感覚があった事が分かった。徐放錠をお見せしたところ、前医院処方では徐放錠を使用されていたことが分かった。他院からの変更で当薬局ではそれ以前の薬の情報がなかったことから医師に問い合わせしたところ、処方箋にはバルプロ酸ナトリウム錠の御処方だったが、医師はバルプロ酸ナトリウム徐放錠で御処方したつもりであることが分かった。	医院スタッフの理解不足。入力ミス。薬局での思い込み	バルプロ酸ナトリウム錠は分2でも処方されることがある為、間違えやすい。分2の場合は徐放錠ではと疑いを持って確認が必要であることを薬剤師に意識するようにした。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「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）

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	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
83	通常デパケンR錠で処方される患者に、当該処方箋はデパケン錠であった。	デパケン錠は頻度が低いので、Rである可能性が高い認識を持つ。	新患継続薬は手帳の確認と剤形確認を十分に行う。	デパケン錠１００ｍｇ	デパケンＲ錠１００ｍｇ	
84	老人ホームに入居されている患者の処方が1ヶ月間隔をあけて来た。以前までは、ビソプロロール錠は0.625ｍｇを2錠服用。今回は2.5ｍｇを0.5錠と1錠で処方。1.25ｍｇ/日から2.75ｍｇ/日と用量が大きく増量となったので電話にて疑義照会。処方元より、退院時処方を今回そのまま引用したことを確認。その際退院時処方はビソプロロール錠2.5ｍｇ 0.5錠、0.625ｍｇ 1錠であることが判明。その通りに処方変更となった。	処方発行の際に退院時処方の確認漏れ、入力ミスと考えられる。	用法・用量などに疑問点が生じた場合は、未確認はせず必ず解消するため今後も疑義照会などを行っていく。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	
85	強力ポステリザン軟膏が処方されていたが患者に確認してところ痔ではなく、かゆみに対して薬を出すとのことだった。処方医に確認して強力レスタミンコーチゾーワ軟膏に変更になった。	名称類似によって発生したと推測される。	患者様に処方内容の確認と、症状の聴取を必ず行う。	強力ポステリザン（軟膏）	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	
86	セファレキシン錠250ｍｇ「日医工」　2錠　28日分の処方があった。抗生物質の処方日数としては長いために疑義照会。類似名称のセラランチン錠1ｍｇの処方誤りであったことが判明。 正しい薬剤に変更し、薬剤の交付を行うことができた。	薬品名のはじめの3文字のみ同じ品目ではあったが、まったく成分のことなる薬剤であった。誤って調剤した場合、期待される効果が無いだけでなく、医療事故となる恐れがある案件であった。	類似する薬品が誤って処方されてしまう可能性があることを従業員へ周知徹底を行った。	セファレキシン錠２５０「日医工」	セファランチン錠１ｍｇ	
87	7歳（体重15ｋｇ）の方に、アンブロキソールDS3%　1.3ｇ　朝夕食後（7日分）で処方されており、前回はアンブロキソールDS1.5%での処方歴があり、また１日量が多いと判断できたので、電話にてDrに確認し、3%ではなく1.5%の処方だったと判明した。	病院側で処方入力する際に、アンブロキソール1.5%を選択するはずが、3%の方を誤って選択した。 通常、その病院でメインで使っているのは1.5%のものだったので、調剤者が1.5%の薬瓶を、散剤監査システムで調剤しようとし、処方入力（3%）と異なったためエラーとなり判明した。	散剤監査システムを導入している	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ３％「タカタ」	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」	
88	テオフィリン（200）2錠/2×の処方のところ、テオフィリンU200　2錠/2×で処方箋がきた。テオフィリンU200は　1日1回の薬なので疑似照会	最近の薬の在庫不足が多く、同効の薬剤に変更してもらうことが多いので、混乱されたかも。	すべての薬剤の用法については、よく周知しておく。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	

類型IIIの事例（事例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）

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	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	リン酸ジヒドロコデイン散1%4ｇ分2朝・夕食後の処方を受けた。通常当該クリニックではリン酸コデイン散1%が出ており、ジヒドロコデイン散1%で分2であれば2ｇが妥当量であることから疑義照会をした。リン酸コデイン散1%4ｇ分2朝・夕食後へと変更となった。	名称の類似、確認・認識不足	類似名称があるため、処方箋をしっかりと確認する。疑問点があれば疑義照会を怠らない。	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」	
90	引っ越しによる転院で定期処方。お薬手帳を元にDo処方。クロベタゾン酪酸エステル軟膏を処方すべきところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏にて処方。 適応部位が顔・首元となっていることから薬剤誤りの可能性を考え疑義照会実施にて変更。	皮膚科ではなく、普段処方する薬剤ではなく、一般名が酷似していることが原因と考えられる。	特に転院、および専門科ではない処方の場合は注意をし、お薬手帳、患者への聞き取りを徹底する。	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」	
91	初めてお渡しの薬剤で、同処方内に成分の重複があった。ザラカム配合点眼液　右眼1日1回コソプト配合点眼液　右眼1日2回薬剤名や使用眼の入力ミスを疑い疑義照会を行った。結果、コソプト配合点眼液が、エイゾプト懸濁性点眼液1%に変更となった。	配合薬で医師が入力時に思い違いなどで誤った薬を入力したことが原因と推定される。	薬局では、配合薬で成分が複数ある薬剤の場合は、必ず重複していないか慎重に確認を行う。	コソプト配合点眼液	エイゾプト懸濁性点眼液１％	
92	（般）クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%1日２‐3回湿疹に塗布。強さはstrongest。患者に使用箇所を伺うと顔に使用と確認。外用剤の強さでstrongestを顔に使用は強いと判断し、疑義照会を行った。強さがmildの（般）クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％へ変更となった。	医療機関の処方入力者が外用剤の強さ、使用箇所を把握していない。一般名処方の成分名が似ていたため誤入力。	処方箋に使用箇所の記載がないときは使用箇所の確認必須。成分名で判断しづらいときは商品名の検索にて外用剤の強さの確認を行う。	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%	
93	処方箋にはリンデロンA軟膏耳に使用と記載あり３滴と書いてあったので疑義照会したところリンデロンA液であると返答あり、調剤して鑑査を行う、投薬の際点耳であることがわかり、リンデロン液ではないかと再度問い合わせを行った	病院のレセプトコンピューターが古いため医師の選択ミスに気が付かず発行、その後問い合わせも間に看護師が入ったためうまく伝わらずリンデロンA軟膏からリンデロンA液に変更にいったんなってしまった。点耳であることが投薬の際まで気が付かなかった	使用目的をしっかりハークしてから問い合わせを行うことに徹底	眼・耳科用リンデロンＡ軟膏	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％	
94	眼科からの処方でアシクロビル軟膏が処方されていた。右眼塗布と用法が書いてあり、医療機関へ確認した。確認した結果、アシクロビル眼軟膏へと変更となった。	軟膏の使用部位による薬剤の違い	どの種類の塗り薬に眼軟膏があるのかを確認しておく	アシクロビル軟膏５％「トーワ」	アシクロビル眼軟膏３％「ニットー」	

類型IIIの事例（事例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）

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	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	Ａ病院からＢ病院へ転院後初の処方で、ご家族、ご本人はＢ病院医師からは今までと同じ内容と聞いていた。お薬手帳には今までニフェジピンＬ１０を１日２回１回１錠で処方となっていたが、今回Ｂ病院での処方箋には一般名処方でニフェジピン徐放錠１０ｍｇ（２４時間持続型）１日２回１回１錠との記載になっており、これはニフェジピンＣＲ１０ｍｇに該当し、今までと処方の内容が異なる事から疑義照会となった。疑義照会により元々のニフェジピン徐放錠１０ｍｇ（１２時間持続型）１日２回１回１錠に変更となった。	パソコン上でニフェジピンＣＲとＬの記載が一般名での記載となり（２４時間持続型）（１２時間持続型）の記載の違いのみになるため確認しにくかったことが原因と考えられる。一包化での処方だったためご本人やご家族は薬の見た目などではわからなかった事が推察される。	今回のような一般名での違いが分かりにくいものについて、本当に医師が意図するものとあっているのか、必要に応じ疑義照会することとしている。	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	
96	平素より当薬局利用しており、定期薬として降圧剤を服用中の患者が来局。今回より初めてツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒7.5ｇ/分3毎食前で28日分処方追加があり、処方監査で用量もさることながら甘草を高用量含有している製剤の、初回から長期の処方内容に疑念を覚え、患者に追加になった経緯（主症状）を確認。患者の訴えでは長期に続く軽い動悸症状に試してみるために追加になるとのこと。患者の主訴と追加薬の適応の不一致から医師に疑義照会実施。処方薬が誤りであったことが発覚。本来処方するべきだったツムラ炙甘草湯エキス顆粒9.0/分3毎食前28日分へと変更となる。	芍薬甘草湯と炙甘草湯の薬品名の類似性から、PC入力時の選択ミスだと思われる。	漢方薬には幅広い適応があるものが多いが、先入観にとらわれずに、患者の主訴と処方されている薬の妥当性を考えて、少しでも疑念のある場合は疑義照会で疑念を晴らしたうえでの調剤の徹底するように平素より心掛ける。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	
97	新規で麻薬処方箋の持ち込み。オキシコドン普通錠5mg2錠分2の記載だったが、用法用量的に徐放錠5mgである可能性があり疑義照会。徐放錠5mgが正しく、記載間違いであったことがわかった。	処方箋発行時の確認漏れの可能性。	用法用量の確認をしっかりと行い。不明点や疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。	オキシコドン錠５ｍｇ「第一三共」	オキシコドン錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	
98	患者家族が来局。処方せんを受け付けてお薬手帳を確認したところ、他院よりニューロタン錠25mgの処方があった。今回処方されたオルメテックOD錠10mgと同種同効薬(ARB)である為、医師からの指示等があったか確認した際、胃の不調があって受診したとのこと。処方された薬と診察内容に相違を感じた為、疑義照会を行ったところ、オメプラール錠10mgに処方変更となった。	疑義照会時に判明したが、オメプラール錠の採用がなく、本来であれば医師が処方入力することができない状況だったが、それを知らずに名称が類似しているオルメテックを入力・処方してしまった可能性が考えられる。	患者の主訴をきちんと聞き取り、お薬手帳の内容を確認する。処方薬がどのような効果があるのか、薬効について患者が理解しているか確認する。	オルメサルタン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	オメプラール錠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）

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	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
99	日焼けのため顔の混合軟膏が変更になり、一般名処方：ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏０．０５％が処方されていた。処方医が普段処方する、顔に使用する、ステロイドの軟膏のランクはＳｔｏｒｏｎｇに分類される医薬品だった。よく処方する軟膏の一般名：ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％との誤りかと思い、疑義紹介を行ったところ、一般名：ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％へ変更となった。	一般名がベタメタゾンまで同じなので、入力を間違ってしまったと考えられる。忙しい時間帯だったので、入力の確認を怠ってしまったのではないかと思われる。	ステロイドのランク、使用部位についてしっかり確認を行う。処方医のレシピのようなものが把握できる場合は少しでも把握しておく。	アンテベート軟膏	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	
100	メンタックスクリームが1日2回体の痒いところに塗布と処方。回数が添付文書と異なる事、患者から症状は痒みであるが真菌検査はしていないことを聞き取った事から疑義紹介を行い、メサデルムクリームへ変更となった。	薬品名類似による入力間違い。	処方箋に記載された情報だけでなく、患者から症状や診断名などの情報を収集した上で、処方が適切であるか監査を行う。	メンタックスクリーム１％	メサデルムクリーム０．１％	
101	一般名処方「バルプロ酸Na徐放錠200mg」で処方。来局されたのは代理の方のため詳細もわからなかった。疑義紹介にて先発明はデパケンRかセレニカRか確認したところ、バルプロ酸錠200mgに変更となった。	医師の知識が不足しており、一般名処方での処方ミスに気付かなかった。	一般名処方において、規格を間違いやすい徐放性製剤の一覧を壁に貼付して処方が出た際は確認している。	バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ錠２００ｍｇ「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「ＤＳＰ」	
102	がん性疼痛コントロール目的にオキシコドン徐放錠20mgNX1日2回1回2錠を服用中で、投与量調整中であった。今回処方箋に【般】オキシコドン錠10mg(乱用防止製剤)1日1回1回1錠が追加されていたが、本薬剤が通常レスキュー薬として使用される事、オキシコドンの不均等投与としても1日1回の定期服用に適さないことから照会。【般】オキシコドン徐放錠10mg(乱用防止製剤)への変更を提案した。提案どおり処方は変更となった。	【般】オキシコドン錠10mg(乱用防止製剤)と【般】オキシコドン徐放錠10mg(乱用防止製剤)の選択を誤った。または【般】オキシコドン錠10mg(乱用防止製剤)がオキシコドン徐放錠に該当する一般名処方名称と認識していた。	麻薬の製剤特性、使用法の理解促進。	オキシコドン錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」	オキシコドン徐放錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」	
103	定期的に来られている患者。風邪引いたので風邪の時によく処方される漢方薬を今回もお願いしたそうですが、処方箋にはツムラの麻黄湯と小青竜湯が処方あり。入力、調剤後、監査後に患者投薬中に「いつも漢方は一緒に飲んでる。熱出ると気持ち悪さも出るから。」とお話あり。小青竜湯ではなく以前出てた小柴胡湯と処方医入力ミスの可能性があると判断し疑義紹介。小青竜湯は削除、小柴胡湯が追加になった。	麻黄湯にも小青竜湯にもマオウは含まれており、同時服用によりマオウ過量により頻脈、動悸などの副作用発現が考えられる。	患者からの聞き取りはしっかりと行い、症状と処方薬が合ってるかの監査もきちんと行う。処方医も入力ミスを行う場合があると意識して調剤業務、監査、投薬を行う。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	

類型IIIの事例（事例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）

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	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
104	デキサメタゾンプロピオン酸軟膏が口角に対して処方あり。口腔用軟膏の間違いと思われるため疑義紹介、変更となった。	一般名処方に伴い、最初の文字で間違えて処方されたと思われる。	部位にも注意し、監査するようスタッフに周知・徹底。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「ＭＹＫ」	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」	
105	カロナール錠200ｍｇ　とポラキス錠2ｍｇ　の２点の処方が初めてであった。以前は帯状疱疹で受診しており、その際の採血結果でクレアチニンが上がっているとのことであった。今回は帯状疱疹は良くなってきているとのことであった。処方された薬に関しては医師からは詳しい説明は特にはなかった。初めて処方される薬とのことで、処方された薬剤名が正しいか疑義照会を行い、ポラキス錠2ｍｇではなくポララミン錠2ｍｇへの変更となった。	薬品名と規格数量の類似性による処方箋記載の誤り。	処方された医薬品が、該当患者さんに適しているかどうか、聞き取りをしっかり行うこと。類似する医薬品が誤って処方される可能性があることを改めて注意を行うよう薬局内にて情報共有を行った。	ポラキス錠２	ポララミン錠２ｍｇ	
106	1歳児に最強ランクのステロイド外用剤処方お薬手帳の確認やご家族の聞き取りから、名称類似品の処方間違いではないか疑義照会クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏→クロベタゾン酪酸エステル軟膏に変更となる	名称類似品であり、入力間違いが考えられる	お薬手帳から他院にて、クロベタゾン酪酸エステル軟膏の使用歴を確認家族への聞き取りから、同様の薬を処方してもらう旨を確認することができたので、普段はステロイドのランク変更の問い合わせは悩むところではあるが自信を持って問い合わせすることができた。お薬手帳の有用性を再確認した	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」	
107	80代女性、投薬時にタケルダ錠処方されたことを説明。患者より胃痛がありと聴取。また、循環器疾患がないことを確認し、医師へ疑義照会を行った。医師より、タケプロンを処方したい旨聴取、タケルダから変更調剤となった。	薬剤名称が類似していることによる医師の勘違いが原因	患者から詳細な問診、症状をアセスメントすること	タケルダ配合錠	タケプロンＯＤ錠１５	
108	タリビット耳科用液出ていたので、中耳炎ですか？と確認したところ、目やにが出ると言われました。目薬と間違えたと予測されたので確認したところクラビット点眼液0.5%へ変更されました。	クラビットと入力するところ、タリビットと入力し採用品の耳科用液を処方したと思われる。	複数剤形あるものは入力ミス多いので、患者からの聞き取りは重要。	タリビッド耳科用液０．３％	クラビット点眼液０．５％	
109	以前からアテレック10で処方されている患者。処方せんの記載がアテレック5になっていた。減量と思い込み患者へ服薬指導時に処方せん記載の規格が誤りであることが発覚	該当患者は家族の分の薬もまとめて受け取りに来るので先に患者に変更があったかの聞き取りをするのが難しかった処方元の病院は電子カルテシステムではなく、薬品名をハンコで押して交付するため、Do処方の場合でもアナログの間違いがあった。	規格や薬品がいつもと異なる場合は調剤前に患者へ確認する（カルテ登録時に気付く）患者や医療機関へ変更確認済みの札を監査済みの薬につける	アテレック錠５	アテレック錠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）

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	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
110	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「トーワ」１日２錠１日２回朝夕食後を片頭痛発症抑制のために内服していた。転院した際にバルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「ＤＳＰ」１日２錠１日２回朝夕食後が処方された。処方医に確認し、バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「トーワ」１日２錠１日２回朝夕食後に変更となった。	名称類似	バルプロ酸ナトリウム徐放錠は１日１～２回、バルプロ酸ナトリウム錠は１日２～３回の注意喚起の札を作成した	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」	
111	一般名処方でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されており、普段から初回から強力な軟膏を出す病院ではなかったことから疑義紹介を行ったところクロベタゾール酪酸エステル軟膏と間違えていたと発覚した。	医薬品の名称類似により間違えてしまったと考えられる。	普段からの処方のパターンなども間違いに気付けるきっかけになるため名称類似品などは薬の強さなども気にして鑑査するようにする。	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％「ＹＤ」	