規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
不明	?		ダオニール										
数量違い	数量違い		ダオニール錠	錠剤	1錠1．25mg	ダオニール錠	ダオニール	錠剤	錠剤	1錠1．25mg	ダオニール錠1．25mg 0．5錠 分1 30日分処方で，合計15錠調剤すべきところ，30錠調剤．患者は医師から半分に減量する旨説明をうけており，薬袋の指示も0．5錠になっていたが，30錠あったため1錠が従来の半分量だと思い込み1日1錠服用してしまった．再診時に医師が気付いて間違いが判明した．患者は従来の服用量と同量のため問題なかった．	日数に気をとられ数量を勘違いしたものと思われる．また当事者の注意力が足りなかった．0．5錠の場合，半錠にして分包してあげることが必要である．	
名称類似	名称類似		タキソール	30mg	30mg	タキソテール	タキソテール	20mg	mg	20mg1錠	上記薬剤を取り違えてピッキングし，病棟に払い出した		
名称類似	名称類似		タキソテール	注射薬	60mg	タキソール	タキソール	注射薬	注射液	60mg	医師がタキソールをタキソテールと処方箋に記入した	商品名の類似．一般名にするとタキソテールの場合に表示箱のドセタキソルの字が小さい．一般名と商品名必要量を記入できるゴム印を各部署に配布の予定	
名称類似	名称類似		タキソテール			タキソール	タキソール				他にタキソールを行っている患者がいる	製薬会社がよく似た薬剤名を使用しない	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		タチオン錠	錠剤	100mg	タリオン錠	タリオン	錠剤	錠剤	10mg	タルオン10mg2×（7）指示のところ，タチオン100mg2×（7）で調剤となった	医師の記載内容に不明瞭な点があった．その点を薬剤師が確認しないまま調剤している．不明瞭な点については疑義照会を行うこと	
外観類似同一規格	外観類似		タナトリル錠	錠剤	1錠2．5mg	メインテート錠	メインテート	錠剤	錠剤	1錠2．5mg	外来患者において，メインテート錠2．5mg処方のところ，タナトリル錠2．5mgを調剤．患者さんが気付いて服用しなかった．	同じメーカーで，外見が類似していることと，規格が同じために錯覚しやすい．	
勘違い	名称類似		タリビット耳下用液	点耳薬	5ml	タリビット点眼液	タリビット	点眼液	点眼液	0.3%1ml	本来タリビット点眼液を処方すべきところ，タリビット耳下用液を処方した．		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		チェナム										
数量違い	規格違い		ディオバン	錠剤	80mg	ディオバン	ディオバン	錠剤	錠剤	40mg	至急のためFAXで届いた処方箋で調剤したが，40mgの規格が80mgに見えてしまい，80mgで処方し		
数量違い	名称類似		テオドール	錠剤	100mg1錠	テグレトー	テグレトール	錠剤	錠剤	100mg1錠	思い込みでの処方誤り．	それぞれの薬剤の保管場所の変更．	
剤形違い	規格違い		テオドールドライシロップ	散剤	24g	テオドールドライシロップ	テオドール	散剤	散剤	成分量として，240mg	院外処方箋に手書きでテオドールDS24g1日2回朝夕食後と記載されており，院外処方に出してしまったところ，院外薬局からの問い合わせがあり，再度確認したところ，テオドールDS成分量240mgであった．	チェック時に薬用量を十分確認する．また，処方箋に医師が散剤を記入する場合は，テオドールDS1．2g（成分量240mg）と正確に書くことも必要である．	
規格違い	規格違い		テオドールドライシロップ20%	0.2	0.2	テオドールドライシロップ20%	テオドール	原末	原末	原末	院外薬局の情報提供書に希釈量で表記されていた薬剤を同量の成分量で処方オーダした	全国的な表記方法の統一	
外観類似	外観類似		テオドール錠	錠剤	100mg	リマチル錠	リマチル	糖衣錠	糖衣錠	100mg	上記2剤は錠剤と糖衣錠との違いはあるものの，ヒートの印刷インクも似ている．2剤は薬品棚の近接した位置にあったため，取り違えてしまった．	上記2剤を薬品棚の離れた位置に配置しなおし，ライト付き大型ルーペを配備して調剤薬剤の確認がし易くした．	
名称類似	名称類似		テオロング	50ミリ	50mg	テオドール	テオドール	50ミリ	mg	50mg			
計算違い（製剤量）	規格違い		デカドロン	バイアル	2ml／8mg	デカドロン	デカドロン	アンプル	アンプル	0．5ml／2mg	吸入液を作る際，デカドロンの使用を間違えた．	指示，伝票の確認と使用前に物（量やミリ数）を再確認する．	
その他	名称類似		テグレトール	Tab	100mg	テオドール	テオドール	Tab	錠剤	100mg	処方箋はテオドール，処方された薬はテオドール，しかし薬袋と説明書は，テグレトールとなっていた．グレトール		
不明	?		テグレトール、マイソリン										
不明	外観類似		ﾃﾉｰﾐﾝ	錠	50mg	ﾆｭｰﾛﾀﾝ	ニュータロン	錠	錠剤	25mg			
記号違い	記号違い		デバケンR	錠剤	100	デバケン	デバケン	錠剤	錠剤	200			
勘違い	外観類似		デパス	0．5mg	0.5mg	ドグマチール	ドグマチール	50mg	mg	50mg	患者のご主人の訴えにより判明した．再調剤をし交換した．	効能および包装形態（21錠シート）が類似していることが取り違いの原因であると思われる．今後は，効能や包装に惑わされないよう注意する．	
規格違い	規格違い		デプロメール錠	錠剤	1錠25mg	デプロメール錠	デプロメール	錠剤	錠剤	1錠50mg	外来患者において，デプロメール錠（50mg）2錠処方のところ，デプロメール錠（25mg）2錠で調剤．患者は医師から説明を受けていたため，25mg錠を4錠で服用し数量が不足するため連絡してこられ間違いが判明した．	複数規格ある薬剤の規格確認が不十分であった．	
薬効類似	薬効類似		テルシガンエロゾル	吸入剤	5mL1瓶	ベロテックエロゾル10	ベロテックエロゾル	吸入剤	吸入剤	10mL1瓶	外来患者において，ベロテックエロゾル100処方のところ，テルシガンエロゾルを調剤．患者が気付き使用しなかった．	吸入剤で形状が類似していることや，両者が隣どうしであったため，取り違えたものとおも	
名称類似	名称類似		ドグマチール錠	錠剤	50mg	グラマリール錠	グラマリール	錠剤	錠剤	50mg	グラマリール錠で処方されていたが，ドグマチール錠を調剤してしまった．患者さんに渡した後，患者さん自身が間違いに気付き，薬剤部へ連絡．自宅へ同い交換した．	この処方の前にドグマチールという処方が続き，思い込んでいた．	
剤形違い	剤形違い		トプシムローション	ローション	10g	トプシムスプレーし	トプシム	スプレー	スプレー	28g	トプシムスプレーしの処方をトプシムローションと読み間違えて調剤する．患者よりの指摘により再確認し，取り替える．	トプシムスプレーしの表示のしに目がいき，ローションと思いこみ調剤する．処方箋を間違え無いように注意するように気をつける．	
不明	外観類似		ドブトレックス	液状	100mg／5ml／A	ヘルベッサー	ヘルベッサー	粉末	粉剤	50mg	ヘルベッサー注3Aを交付すべきところ，ヘルベッサー注2Aとドブトレックス注1Aを交付した．注射薬混注前に看護婦が気づいた．	アンプルの外観が非常に類似している．3A中1Aのみの薬剤名を確認し，後はアンプルの形状から数のみを確認した．薬剤の確認は，それぞれのアンプルを手にとって薬剤名と規格を確認することが必要であることを周知した．	
記号違い	記号違い		ﾄﾗﾝｻﾐﾝS	10ml	10mL	ﾄﾗﾝｻﾐﾝ	トランサミン	5ml	ml	5mL			
記号違い	記号違い		ﾄﾗﾝｻﾐﾝS			ﾄﾗﾝｻﾐﾝ	トランサミン						
規格違い	規格違い		トリプタノール	10mg	10mg	トリプタノール	トリプタノール	25mg	mg	25mg	薬剤師研修中の当事者が上記薬剤に規格違いがあることを知らず誤調剤		
勘違い／薬効起因	規格違い		ドルミカム、生食	注射液	3管，20ml	ドルミカム、生食	ドルミカム	注射液	注射液	3管，14ml	指示を誤っての混入となる	カルテ確認を怠る	
名称類似	名称類似		トロンビンミドリ	バイアル瓶入り内服・外用剤	1万単位	トロンビンモチダ	トロンビンモチダ	バイアル瓶入り内服・外用剤	バイアル	1万単位	トロンビンモチダ（1万単位）1瓶処方のところ，トロンビンミドリ（1万単位）1瓶を調剤．トロンビンミドリは血液製剤に該当し調剤方法が異なることに気付かない上に有効期限が切れていた．病棟の看護師が気付き使用しなかった．	有効期限切れのトロンビンミドリが調剤室に置かれていた管理の悪さと，調剤者がトロンビンミドリは血液製剤に該当することや有効期限のチェックをしなかったことによる．定期的な有効期限のチェックの強化が必要である．	
剤形違い	剤形違い		ナウゼリン坐薬	坐剤	10mg	ナウゼリン錠剤	ナウゼリン	錠剤	錠剤	10mg	ナウゼリン錠剤が処方されていたが誤ってナウゼリン坐薬を調剤した．	ダブルチェック及び本人の再確認	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ﾆﾊﾞｼﾞｰﾙ	錠剤	2mg	ﾆﾊﾞｼﾞｰﾙ	ニバジール	錠剤	錠剤	4mg			

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
規格違い	規格違い		ネオーラル	カプセル	1カプセル10mg	ネオーラル	ネオーラル	カプセル	カプセル	1カプセル25mg	入院患者において、ネオーラルCap25mg2Cap分2処方のところ、ネオーラルCap10mg2Cap分2で調剤、病棟の看護師が気付いて、患者は服用しなかった.	25mgCapの隣に配置されていた10mgCapをうっかり取ってしまったが、規格の確認を怠っていた．当事者の注意力が不足していた．複数規格あることを認識させる方法を検討中．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ネオーラルカプセル	カプセル	50mg	ネオーラルカプセル	ネオーラル	カプセル	カプセル	25mg	定時処方でネオーラルカプセル25mgのところ、50mgを調剤してしまった.	薬品名だけでなく、規格まで注意して調剤する.	
記号違い	記号違い		ノボレットN			ノボレットR	ノボレット						
規格違い	規格違い		ノリトレン(25)	錠剤	25mg	ノリトレン(10)	ノリトレン	錠	錠剤	10mg	ノリトレン10mgのところノリトレン25mgで調剤し患者から指摘があり、内服前に交換した.	規格の確認の徹底、処方内容の再確認	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ノルアドレナリンとメキシチール			メキシチール とノルアドレナリン	メキシチール				微量ポンプに交互に取り違えてセットした		
勘違い	外観類似		ﾉﾙﾊﾞｽｸ	錠	2.5mg	ﾚﾆﾍﾞｰｽ	レニベース	錠	錠剤	2.5mg			
規格違い	規格違い		ノルバスク	5ｱ	5mg1錠	ノルバスク	ノルバスク	2.5ｱ	不明	2.5mg1錠			
薬効類似規格起因	薬効類似		ノルバスク	錠剤	2.5	レニベース	レニベース	錠剤	錠剤	2.5	レニベース2．5のところをノルバスク2．5を調剤した.	同じ降圧剤でありmgも同じであった.	
名称類似	名称類似		ノルバスク錠	錠剤	1錠5mg	ノルバデックス錠	ノルバデックス	錠剤	錠剤	1錠10mg	外来患者において、ノルバデックス錠10mg2錠、分2の処方のところ、ノルバスク錠5mgを調剤．患者は13錠分服用してから気付いた．患者に特に異常はみられなかった.	薬品名が酷似している代表的なものなので、常に注意を喚起している薬剤である.	
数量違い	数量違い		ハイカリックRF	パック	500ml					500ml×2パック			
規格違い	規格違い		ハイカリパック		2000ml	ハイカリパック	ハイカリパック			4000ml			
規格違い	規格違い		パキシル	錠剤	20mg1錠	パキシル	パキシル	錠剤	錠剤	10mg1錠			
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		バクシダール錠	錠剤	1錠100mg	ヘルベッサー錠	ヘルベッサー	錠剤	錠剤	1錠30mg	ヘルベッサー錠（30mg）3錠 7日分の処方において、同薬剤全21錠を調剤し供給したところ、バクシダール錠（100mg）1錠が混在していた．病棟で患者が気付き服用せず.	返品等の作業をした際、ヘルベッサー錠の中にバクシダール錠が1錠だけ混入したものと推測される．両剤は形態・色等が類似しているため気付かなかったものと思われる．返品作業は二人で確認し合うことになっているので徹底する必要がある.	
規格違い	規格違い		バッファリン330		330mg1錠	バッファリン81	バファリン			81mg1錠			
薬効類似	薬効類似		ﾊﾞﾌｧﾘﾝ81	錠剤	81mg	ﾊﾞｲｱｽﾋﾟﾘﾝ	バイアスピリン	錠剤	錠剤	100mg			
規格違い	規格違い		パラプラチン50mg	50mg／本	50mg／本	パラプラチン150mg	パラプラチン	150mg／本	mg	150mg／本	診療科外来の注射薬請求で、パラプラチン150mg2本請求されていたが、パラプラチン50mg2本を払いだしてしまった．外来の看護師が気付き、連絡してきた.	複数の規格があり、読み間違えてしまった．慌てないで確認する.	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		バラマイシン	軟膏	10G	バラマイシン	バラマイシン	軟膏	軟膏	250G	調剤を間違えたが、正しい薬と交換した.	規格量が複数ある薬は、調剤時に注意する.	
数量違い	規格違い		バラマイシン軟膏		10g	バラマイシン軟膏	バラマイシン			250g	医師より処方間違いを指摘され、早急に交換した.	規格が2種類以上あるものの調剤は、再度規格を確認し注意することをさらに徹底する.	
規格起因	名称類似		パリエット錠	錠剤	20mg	パキシル錠	パキシル	錠剤	錠剤	20mg	パキシル錠が処方されたところパリエット錠を調剤してしまった.	規格が同じことと注意力不足である．薬剤名が似ていることもある．調剤時および監査時の再確認の実行.	
規格違い	規格違い		ハルシオン		0．25mg	ハルシオン	ハルシオン			0．125mg	眠前薬の配薬準備時処方はハルシオン0．125mgであるが調剤されたものはハルシオン0．25mgで違っていることに気付いた.		
薬効類似その他	薬効類似		ハルシオン	錠剤	0.125	レンドルミン	レンドルミン	錠剤	錠剤	0.25	レンドルミン錠のところハルシオンを調剤した.	同じ睡眠導入剤を頭の中で読んでしまった．確認の徹底、配置場所の工夫	
薬効類似・同一規格	薬効類似		ハルシオン錠	錠剤	1錠0．25mg	レンドルミン錠	レンドルミン	錠剤	錠剤	1錠0．25mg	外来患者において、レンドルミン錠（0．25mg）1錠処方のところ、ハルシオン錠（0．25mg）1錠で調剤．患者が気付き服用しなかった.	類似薬効で規格が同じ薬剤であり、ハルシオン錠には0．125mgもあり、規格に注意がいってしまい、薬品名の確認がおろそかになってしまった.	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ハレナール メバロチン	カプセル 錠剤	0.1g 10mg	ハレナール メバロチン		カプセル 錠剤	カプセル	0.2g 5mg	患者持参薬と当院採用薬との規格が違うことに気付かず処方したが、即時に新処方をしたため症状に変化はなかった.	規格違いの薬剤に気付かず処方．事故を未然に防げるよう努力する.	
類似名称／規格起因	名称類似		バロチン錠10mg	錠剤	10mg／錠	パーロデル2．5mg錠	パーロデル	錠剤	錠剤	2．5mg／錠	入院臨時処方で、パーロデルと処方されていたが、バロチンと読み違え、調剤した．看護婦から電話があり、その間違いに気付き、正しい薬と交換した.	薬剤の名称が類似していて、思い込んでしまった． 最後まできちんと観察し、理解することが大切である.	
名称類似・同一規格	名称類似		ハロテスチン	2mg	2mg	ハロステン	ハロステン	2mg	mg	2mg		処方された薬の写真を手渡す	
規格違い	規格違い		バンコマイシン点滴静注用キット0．5g	点滴静注用キット	0．5g	バンコマイシン点滴静注用1．5g／v	バンコマイシン	点滴静注用	点滴	1．5g／v			
外観類似	外観類似		バンスポリン静注用	1gキット	1gキット	フルマリン静注用	フルマリン	1gキット	mg	1gキット	容器や色形が似ていて上記薬剤を取り違えた		
記号違い	記号違い		ビーエヌツイン1号			ビーエヌツイン2号	ビーエヌツイン				ビーエヌツイン2号で準備するところをビーエヌツイン1号で準備した.	確認が不十分であった.	
外観類似	外観類似		ビクシリン	1グラム	1g	バンスポリン	バンスポリン	1グラム	mg	1g			
記号違い	記号違い		ビクシリン			ビクシリンS	ビクシリン						
判定不能	?		ビクシリン										
その他	名称類似		ビソルボン			ヒデルギン	ヒデルギン						
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ビソルボン										
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ビタミン剤								1日分の注射処方箋であったにもかかわらず、過剰払い出しがされていた.	薬剤科の確認不足	
記号違い	記号違い		ヒューマカートR注	注射剤	300単位/筒	ヒューマカートN注	ヒューマーカート	注射剤	注射液	300単位/筒	ヒューマカートN注が処方されたところヒューマカートR注を供給してしまった.	薬品名が似ていることと、および本人の確認不足．取り揃えのときに確認することの徹底および他の薬剤師による監査が必要.	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
記号違い	記号違い		ヒューマリンN			ヒューマリンR	ヒューマリン						
薬効類似・同一記号	薬効類似		ヒューマリンN			ペンフィルN	ペンフィル				ペンフィルNの処方をヒューマリンNで払い出した		
勘違い	規格違い		ヒューマリンR	バイアル	ヒューマリンR 40単位と20単位を間違った	ヒューマリンR20単位	ヒューマリン	バイアル	バイアル	40単位 20単位	糖尿病のコントロール中でインシュリンの単位が指示で変更されていたが，確認不足だった	カルテを見て確認していなかった．カルテを見て実施する．	
規格違い	規格違い		フィジオ35	注射液	500ml	フィジオ140	フィジオ	注射液	注射液	500ml	「フィジオ140」を10本請求されていたが，「フィジオ35」を10本払い出してしまった．請求先でこれに気付き薬剤部へ連絡し，正しい薬剤と交換した．	請求された薬剤は，2種類の規格があり，間違えてしまった．	
不明	管理		フィジオ35	袋	500ml	ラクテック500	ラクテック	瓶	瓶	500ml	本来ラクテック500mlを投与するところ，隣りにあった他患者のフィジオ500mlを混ぜ合わせてしまった	ラベルとカルテの照合することになっているが，慌ただしく準備したことで確認が十分でなかった．指示内容をカルテで確認のこと	
											ボトルの容器が似ており，思い込みで投与しそうになった		
外観類似	外観類似		フィジオゾール			ヴィーンF	ヴィーン						
名称類似	名称類似		フェルムカプセル	カプセル剤	1カプセル305mg	フルカムカプセル	フルカムカプセル	カプセル剤	カプセル	1カプセル27mg	入院患者において，フルカム1カプセル処方のところ，フェルム1カプセルを調剤．病棟看護婦が気付いて患者は服用しなかった．		
不明	?		フェロミア										
名称類似	名称類似		ﾌｪﾛﾐｱ	50	50	ﾌｪﾛｸﾞﾗﾃﾞｭﾒｯﾄ	フェロ・グラデュメット	105	不明	105	ﾌｪﾛｸﾞﾗﾃﾞｭﾒｯﾄの処方のところﾌｪﾛﾐｱを入れてしまった	不注意	
ヒューマンエラー／薬効起因	薬効類似		フェロミック錠	錠剤	1錠	フェロミック錠	フェロミック	錠剤	錠剤	2錠	毎食後2錠の与薬指示があるところ，各1錠で管理していたため，担当外看護婦が確認不足でそのまま与薬したため，食後2錠のところ1錠となった	2チームによる確認体制を取った	
外観類似	外観類似		ﾌﾞﾄﾞｳ糖 大塚糖液5%TN	100ml	100mL	生食注 TN	生食	100ml	ml	100mL	容器がにておりﾋﾌｧﾒｼﾞﾝｱｶﾌｧ1gを溶解時間違えた		
規格違い	規格違い		ブドウ糖注射液		0.5	ブドウ糖注射液	ブドウ糖			0.05	思いこみによる間違い	準備時での注意意識の改善	
勘違い	名称類似		フラジール内服錠	内服錠	250mg	フラジール腟錠	フラジール	腟錠	腟錠	250mg		商品名のあとに剤形を付けるのではなく，剤形を先に表示する．例えば，『腟用フラジール錠』あるいは『外用フラジール腟錠』	
記号違い	記号違い		フラジール腟錠	腟剤		投与しない							
剤形違い	剤形違い		フラビタン点眼液	5ml	5mL	フラビタン眼軟膏	フラビタン	5g	mg	5g	フラビタン眼軟膏にフラビタン点眼液を調剤する	処方では点眼液が主流であるので思い込んでいた．処方をよく読む．確認する．	
その他（剤形類似）	外観類似		フランドル	テープ	s	ニトロダーム	ニトロダーム	TT	TT	s			
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		プリンペラン	錠剤	5mg	プリンペラン	プリンペラン	錠剤	錠剤	5mg	夕食後服用のプリンペラン錠を早く与薬したため，それ以前に服用された	指示のとおり夕食後服用できるようにすること	
勘違い	名称類似		フルオレサイト	注射剤	10%5ml	フェノールスルホフタレイン	フェノールスルホフタレイン	注射剤	注射液	0．6% 1．3ml	病棟より請求があって払いだした分の注射剤で，フェノールスルホフタレインのところに，フルオレサイトが入っていると病棟から連絡があり，交換した．	誰文字のフと検査薬が赤い液であった．最後まで名前を確認する．	
名称類似	名称類似		プルセニド	錠剤	40mg1錠	プレドニン	プレドニン	錠剤	錠剤	5mg1錠	プレドニンを処方すべきところ，誤ってプルセニドを処方	それぞれの薬剤に薬効を表示する．	
名称類似	名称類似		プルゼニド			プレドニン	プレドニン	5MG	mg	5mg	病棟看護婦より調剤過誤の連絡があり，再調剤薬と交換をした．	薬剤の確認を充分に行わなかったために起こったミスである．今後は，処方内容・薬剤確認とも充分に行うように注意する．	
規格違い	規格違い		フルマリン		1gと2g	フルマリン	フルマリン			2gと1g	同姓の患者間で，フルマリン2gを点滴静注する患者にフルマリン1gを点滴静注し，フルマリン1gを点滴静注する患者にフルマリン2gを点滴静注した		
剤形違い	剤形違い		フルマリンキット静注用1g	キット	1g	フルマリン注0．5g／	フルマリン	v	v	0．5g			
勘違い	外観類似		フルメトロン点眼液	0.001	0.001	ヒアレイン点眼液	ヒアレイン	0.001	不明	0.001	患者本人より点眼液が違うとの連絡があり，再調剤し交換した．	十分に注意をし，調剤および鑑査をするよう心がける．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		プレドニゾロン	錠剤	5mg	プレドニゾロン	プレドニゾロン	錠剤	錠剤	1mg	調剤が間違っていることが判明し，正しい薬と交換した．	薬剤部での調剤および鑑査を厳重かつ慎重にすることとした．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		プレドニゾロン	錠剤	5mg	プレドニゾロン	プレドニゾロン	錠剤	錠剤	5mg6錠2×1（4・2・0）	退院処方に，本日から開始のプレドニゾロンが書かれていたが，そのまま薬局に流したため，退院の薬に混ざって放置されていた．そのため2日投与されなかった．	同じ処方箋に違う開始日の薬を同時に書かない．指示をとった看護師は，退院処方と本日からの処方があることを確認し，退院セットにいかないように，コメントを記入するか，いしへの確認を怠らない．	
不明	名称類似		プレドニゾロン錠	錠剤	5mg錠	プレドニン錠	プレドニン	錠剤	錠剤	1mg錠	複数の規格があり，処方されていた規格と異なる規格の薬剤を出してしまった．	処方箋の内容を注意深く見て，正しく調剤する．	
規格違い	規格違い		プレドニロゾン	錠	5mg	プレドニロゾン	プレドニロゾン	錠	錠剤	1mg	看護師より，調剤過誤を指摘された．患者服用前につきすべてを回収し再調剤した．	注意力の散漫によるチェックミスより生じたと考えられるため，より一層注意を払い調査業務に従事する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		プレドニン	錠剤	5mg	プルセニド	プルセニド	錠剤	錠剤		間違った処方を指摘され，正しい薬と交換した．	正確な調剤及び鑑査をするために集中力を維持する必要がある．処方マスターの薬剤名の取り違いをしないような工夫が必要と考える．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		プレドニン	錠剤	5mg1錠	プレドニゾロン	プレドニゾロン	錠剤	錠剤	1mg1錠			
ヒューマンエラー／入れ忘れ	ヒューマンエラー		ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ	錠	5mg	ﾌﾟﾙｾﾆﾄﾞ	プルセニド	錠	錠剤	12mg			
数量違い	記号違い		プレドニン10mg	錠剤	10mg	プレドニン5mg	プレドニン	錠剤	錠剤	5mg	プレドニン5mg4T1回量のところ，10mg2Tと処方箋に記載があり，そのままの数量で調剤してしまったが，入力オペレーターから確認の連絡があり，病棟に確認したところ，誤りであったことが	処方箋に記載された規格，錠数を確認する．	
薬効類似	薬効類似		プレドニン5ミリg	錠剤	5mg	デカドロン	デカドロン	錠剤	錠剤	0．5mg			
規格違い	規格違い		プレドニン錠	5mg	5mg	プレドニゾロン	プレドニゾロン	1mg	mg	1mg	プレドニゾロン1mg調剤するところ5mg錠を調剤した．		

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
規格違い	規格違い		プレドニン錠5mg	錠剤	5mg	プレドニン錠1mg	プレドニン	錠剤	錠剤	1mg	プレドニン錠1mg12錠、分1処方のところ、プレドニン錠5mg12錠を調剤．患者は1回分服用したが特に問題はなかった．		
勘違い	外観類似		プロアクト		1g	メロペン	メロペン			1g	確認せずつないだが，すぐ気がつき取り替えた．	マニュアルの再確認が必要．	
知識不足	知識不足		プロスタルモン			タガメット	タガメット						
規格違い	規格違い		プロプレス8mg		8mg1錠	プロプレス4mg	プロプレス	4mg/1錠	錠剤	4mg1錠		直接薬局から患者様へ説明してほしい．	
勘違い	外観類似		ベイスン			グルコバイ	グルコバイ				患者の指摘により判明したが、再調剤をして交換した．	糖尿病治療薬の調剤に関しては慎重の上にも慎重をきさなければならない．	
規格違い	規格違い		ベイスン	0.3	0.3mg	ベイスン	ベイスン	0.2	不明	0.2mg			
規格違い	規格違い		ベイスン	錠剤	0.2ミリグラム	ベイスン	ベイスン	錠剤	錠剤	0.3ミリグラム			
記号違い	記号違い		ベゲタミンA			ベゲタミンB	ベゲタミン						
数量違い	規格違い		ベネトリン		0．1mL	ベネトリン	ベネトリン			0．2mL			
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ヘパリン	液体	15cc	セファメジン	セファメジン	液体（溶解済のため）	液剤	1g	手術の前に投与すべきヘパリンを20ccの注射器に入れておいたが，その隣にセファメジンも20ccの注射器に入っておいてあったため、抗生剤を投与しようとした．	確認不足．	
判定不能	外観類似		ベプシド	バイアル	10mgの記載があり	ベプシド	ベプシド	バイアル	バイアル	100mg	ベプシド10mg9バイアル請求の記載があり、100mg9バイアルを交付する．	薬剤の投与量及び規格含有量の確認を徹底する．	
判定不能	?		ベプシド	錠剤	25mg								
本体外観類似	外観類似		ベルジピン注	注射	10mg	ベルジピン注，生食	ベルジピン	注射	注射液	10mg，10ml	ベルジピン注10mg，生食10mlのところ，ベルジピン注10mgのみの与薬となった	指示受け側の思いこみ，双方が再確認しながら事を進めること	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ヘルベッサー	錠剤	30mg	ヘルベッサー	ヘルベッサー	錠剤	錠剤	30mg	患者の服用忘れを看護婦が発見	確認が必要	
薬効類似	薬効類似		ペンタジン注	アンプル	1ml	レペタン注	レペタン	アンプル	アンプル	1．5ml			
剤形違い	外観類似		ペントシリン			ピクシリン	ピクシリン						
その他	外観類似		ペントシリン	バイヤルびん	1g	セファメジン	セファメジン	バイヤルびん	バイアル	1g	抗生剤のボトルにフルネームで患者名を書いたが確認不足で頭文字の「藤」だけを見てつないでしまった．	3回の確認を怠ったこと	
規格違い	規格違い		ペンフィル30R		6単位	ペンフィルR	ペンフィル			6単位	ノボペンにペンフィルRをセットし6単位皮下注射するところをペンフィル30Rをセットして皮下注射		
規格違い	規格違い		ペンフィル30R		40mg	PR（ペンフィルR）	PR			40mg	ペンフィルの残が少なくなり交換時間遅えた	種類をしっかりと勉強する	
規格違い	規格違い		ペンフィル30R		40単位								
規格違い	規格違い		ペンフィル30R注150U／V	V	30R	ペンフィルR注150U／V	ペンフィル						
記号違い	記号違い		ペンフィル30R注300	300単位3ml	300単位　3mL	ペンフィルR注300	ペンフィル	300単位3ml	ml	300単位　3mL			
規格違い	規格違い		ペンフィルR			ペンフィル30R	ペンフィル						
規格違い	規格違い		ペンフィルR	注射薬	150単位・1.5ml/v	ペンフィル30R	ペンフィル	注射薬	注射液	150単位1.5ml/v	定時S.Cのペンフィル30Rが途中でなくなり，速効型インスリンのペンフィルRを誤使用		
記号違い	記号違い		ペンフィルR注	注射剤	1筒150単位	ペンフィルN注	ペンフィル	注射剤	注射液	1筒150単位	外来患者において、ペンフィルN注処方のところ、ペンフィルR注を調剤．患者が気付き使用はしなかった．	薬品名や包装形態（カラーコントロールはされているが）が類似しているものであり、特に注意しなければならない品目である．調剤時注意力が足りなかったものと思われる．	
外観類似	外観類似		ボララミン			メチコバール	メチコバール				ボララミンは赤い錠剤 メチコバールは赤い包装		
判定不能	?		ホリゾン	アンプル	10ミリグラム								
規格違い	規格違い		ボルタレン坐剤25mg	坐剤	25mg	ボルタレン坐剤50mg	ボルタレン	座剤	坐薬	50mg	ボルタレン坐剤50mgのところボルタレン坐剤25mgを誤って調剤した．	ダブルチェック及び本人の再確認の徹底．	
剤形違い	名称類似		ボルタレン坐薬	坐薬	25mg	ボウタレン	ボウタレン	錠剤	錠剤	25mg		処方薬の再確認が必要	
規格違い	規格違い		ボルタレン坐薬50mg	50mg	50mg	ボルタレン坐薬25mg	ボルタレン						
規格違い	規格違い		マーカイン	注射	0.005	マーカイン	マーカイン	注射	注射液	0.0025			
その他	外観類似		マーズレンS	粉末	0.5g	なし		該当なし	不明	該当なし	昼食後の与薬時、与薬トレーがとなりどおしにあり、袋から移し替える時に間違えたかははっきりと覚えてないが患者が違う薬があることを指摘した．別の看護婦が確認をしている間に服用してしまっていた．	内服薬を袋から取り出して与薬トレーに移し替える時に誤って他の患者のトレーに移した可能性がある．内服薬をトレーに移さず袋から直接与薬する．同時に2人の患者に与薬する時は確認をする．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		マーズレンS、カマ、アシノン、プレドニン、PZA、オイドキサール								他の患者と間違えて与薬してしまった．	思い込み．患者に薬包紙の名前を見せ、患者と看護師で声を出して確認する．	
規格違い	規格違い		マーロックスG懸濁内服用	顆粒	1．2g／包	マーロックスG懸濁内服用	マーロックス	顆粒	顆粒	1．2g／包	32包のところ48包調剤する	1日2回の処方を1日3回と思い込んでいた	
規格違い	規格違い		マイトマイシンs注	v	2mg	マイトマシンs注	マイトマイシン	v	v	10mg			
外観類似	外観類似		マキシビーム	ビンクの栓のバイアル	1g	ユナシン	ユナシン	うす青色の栓のバイアル	バイアル	1．5g	生食キットH100ml+ユナシンS1．5g1Vの指示があり、溶解したが、溶解したのはマキシビームであった．	他の看護師の目も通してもらう．	
規格違い	規格違い		マスキュラックス	10mg　1バイアル	10mg1ﾊﾞｲｱﾙ	マスキュラックス	マスキュラックス	1A　4mg	mg	4mg1ｱﾝﾌﾟﾙ	毒薬金庫に1A4mgのものが使い切っていてなかった為、翌日分の10mg1Vの方を誤使用		
名称類似	名称類似		マスキュラックス静注用	注射剤	10mg	マイトマイシン協和S	マイトマイシン	注射剤	注射液	10mg		毒薬金庫内の配置が隣接していたため、取り違えた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ミニプレス・ノイキノン	錠剤 錠剤	不明	ノ域ノン・ミニプレス	ノ域ノン・ミニプレス	錠剤	錠剤	不明	理解力の乏しい患者なので、時間で内服させる必要があり、看護婦が服薬確認すべき所、本人に手渡してあった	他の患者と一緒に配薬しない．別にする	
名称類似	名称類似		ムコソルバン	錠剤	15mg	ビソルボン	ビソルボン	錠剤	錠剤	4mg	前回と同様の処方と思い込み、ビソルボンのところをムコソルバンで入力、調剤し、払い出し、病棟より指摘された．		

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ムコダイン			ムコソルバン	ムコソルバン						
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		メイラックス	調剤	1mg	メイラックス	メイラックス	錠剤	錠剤	2mg	入院前に比べ，半量しか投与されていなかった．即時に新処方をした．服用時，症状に変化はなかった．	入院直後，患者情報を収集した際，薬剤名と錠数のしか確認せず，規格違いの薬剤に気がつかず処方した．薬剤師は，医師からの服薬指導依頼書の提出を受けてから服薬指導を行うので，時間差が生じてしまう．こういった問題点を医療者に問題提起し，未然に防げるよう努力する．	
記号違い・同一規格	記号違い		メイロンP7%20mL	7% 20ml	7%20mL	メイロン7% 250mL	メイロン	7% 250ml	ml	7%250mL	臨時の注射請求で，「メイロン7%250ml」を4ヶ請求されたが，「メイロンP7%20ml」4ヶを払い出してしまった．病棟看護師が間違いに気付いた．	メイロン7%注は2種類あり，特徴に払い出される「20ml」を思い込みで出してしまっ	
規格違い	規格違い		ﾒｷｼﾁｰﾙｶﾌﾟｾﾙ100ﾐﾘ	100	100	ﾒｷｼﾁｰﾙｶﾌﾟｾﾙ50ﾐﾘ	メキシチール	50	不明	50			
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		メチコバール								患者に与薬に行く際，最終確認をしていてメチコバールが入っていないことに気づく	準備は落ち着いて行い，最終確認を怠らない．	
剤形違い	記号違い		メトロニダゾールゲル	外用薬	500g	メトロニダゾールCMC	メトロニダゾール	外用薬	外用薬	500g			
勘違い	外観類似		メバチロン			レニベース	レニベース				患者本人より調剤過誤の訴えがあり，すぐに正しい薬剤に交換した．	調剤および処方鑑査をより厳重かつ慎重にすることとした．	
勘違い	名称類似		ﾒﾊﾞﾛﾁﾝ			ﾒﾁｺﾊﾞｰﾙ	メチコバール	500	不明	500			
名称類似	名称類似		メバロチン錠	錠剤	1錠10mg	バロチン錠	バロチン	錠剤	錠剤	1錠10mg	外来患者において，バロチン錠（10mg）3錠処方のところ，メバロチン錠（10mg）3錠で調剤．患者が気付き服用はしなかった．	薬品名が類似し，規格が同一だったため読み違えたものと思われる．	
同一商標規格違い	名称類似		メロビン0．5g	バイアル	0．5g	メイロンP注7%	メイロン	アンプル	アンプル	7% 20ml	「メイロンP注7%20ml」1本の請求があり，払出す時に「メロビン0．5g」1本を出してしまった．A病棟へ薬剤が搬送された時，看護婦が違う注射剤と気づいた．	体調が悪く，ぼーっとした感もあったかもしれなかった． さらに，請求伝票をよく確認していなかったため，思い込んで払い出ししてしまった． 従です，よく請求伝票を確認し，複数同観察する．また，日ごろから健康管理に注意する．	
規格違い	規格違い		メロペン	バイヤル	0.5グラム	スルペラゾン	スルペラゾン	バイヤル	バイアル	1グラム	スルペラゾン1グラムの追加指示が出た．薬剤を作成するとき薬局から届いていなかった．この患者の指示箋の上に他の患者のメロペンが置いてあり，この患者のスルペラゾンだと思い込んでしまい作成してしまった．この時急いでいたためダブルチェックを怠ってしまった．	処置台が狭く準備薬剤が混在しやすい．他の患者の薬剤と混在しないよう1患者1トレイとする．ダブルチェックの徹底	
認識不足	外観類似		モルヒネ	10mg/1ml	10mg1mL	フェンタネスト	フェンタネスト	0．1mg/2ml	mg	0.1mg2mL	フェンタネスト1Aを静注しようと思ってフェンタネストのケースを開けたところ，中にモルヒネが入っており，モルヒネ1Aを静注しようとした．	モルヒネがフェンタネストのケースに入っていた．	
規格違い	規格違い		ユナシン	バイアル	0．75	ﾌｪﾝﾀﾈｽﾄ	フェンタネスト	アンプル	アンプル	0.005%2ml			
勘違い	名称類似		ユニカリックL	輸液	1000ml	ユニカリックN	ユニカリック	輸液	輸液	1000ml	薬剤師がユニカリックNとLをマ違えて払い出し，看護婦はそのまま混合する	確認をよくする	
規格違い	規格違い		ユニカリックL注2000			ユニカリックL注1000	ユニカリック						
規格起因	規格違い		ユニカリックN	ソフトバッグ	1100mL	ユニカリックL	ユニカリック	ソフトバッグ	ソフトバッグ	1100mL			
記号違い	記号違い		ユニカリックN			ユニカリックL	ユニカリック						
判定不能	〃		ユニカリックN									思いこみ行動を取った為，確認の上行動を起	
記号違い	記号違い		ラクテック	500ml	500mL	ラクテックG	ラクテック	500ml	ml	500mL			
記号違い	記号違い		ラクテックD	輸液	500ml	ラクテック	ラクテック	輸液	輸液	500ml			
外観類似	外観類似		ラシックス	40mg	40mg	ワーファリン	ワーファリン	1mg	mg	1mg	ワーファリンの処方のところに，ラシックスを調剤して，病棟に送り，看護師が間違いに気付いた．	薬剤の包装形態がよく似ていた．ちょうど忙しい時間帯であり，集中力がなくなっていた．	
外観類似	外観類似		ラシックス	20mg2ml	20mg2mL	ブリンベラン	ブリンベラン	10mg2ml	mg	10mg2mL	IVHの次のボトルを混注していたとき，医師の指示を確認して行っていたら，他病棟から来ていた薬品が違っているのに気付いた．	当日分の薬品鉢を受け取るとき，確認が不十分であった．	
規格違い	規格違い		ラシックス	40mg	錠	ラシックス	ラシックス		不明	錠	ラシックス20mg錠0.5T 1x処方のところ，ラシックス40mg錠の半錠を調剤した．あらかじめ半錠に予製してあった40mg錠を思い込みと確認不足で誤って払いだした．		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ラシックス	錠剤	40mg	ラシックス	ラシックス	錠剤	錠剤	20mg	調剤過誤が判明したが，正しい薬と交換した．	陥りやすい間違いのパターンを確認し，調剤時の鑑査を徹底することとした．	
規格違い	規格違い		ラシックス（20）	錠剤	20mg	ラシックス（40）	ラシックス	錠剤	錠剤	40mg	ラシックス（20）1錠，1日1回朝食後服用の処方のところ，ラシックス（40）で調剤交付する．	規格が複数採用されている薬剤についての調剤では薬剤の内容の確認を徹底する．	
判定不能	伝達ミス		ラシックス，アルダクトン								検査のため禁食であったため，朝の内服分と昼分が重複した．		
数量違い	数量違い		ラシックス1ｱﾝﾌﾟﾙ×1			ラシックス1ｱﾝﾌﾟﾙ×2	ラシックス				指示書の内容と伝票の内容が違っていたがそのまま受けてしまった．	思い込み 転棟し指示の間違いに気がついた．	
その他	外観類似		ラシックスがいくべきところアスパラK10mlがいった										
規格違い	規格違い		ラシックス錠	1錠20mg	20mg1錠	ラシックス錠	ラシックス	1錠40mg	mg	40mg1錠	外来患者において，ラシックス錠40mg2錠 14日分の処方のところ，ラシックス錠20mg2錠 14日分で調剤．患者は約10日分服用後，次回から服用予定のラシックス錠を見て薬が違うとの申し出があった．調べた結果本来服用すべきは40mgの錠剤であり，規格違いの間違いであることが判明した．（当患者は以前から40mg錠を服用継続中である）	注意力が足りなかったことと，両剤の配置場所が近かったことも間違いの要因でもあると推測できるので，配置場所を変更した．	
その他	ヒューマンエラー		ラックB	粉	1g	ラックB	ラック	粉	粉剤	1g	薬をつめるときに他患者につめてしまった	確認不足	
数量違い	数量違い		ラニラビッド半錠	錠剤	0．1mg1錠	ラニラビッド1錠	ラニラビッド	錠剤	錠剤	0．1mg1錠	医師の指示は，ラニラビッド1錠であったが，薬局からは半錠のラニラビッドが分包になって病棟に7日分きた．確認与薬のため配薬車にセットする時に看護師が確認しているが，そのまま患者に投与されることとなった．	薬をセットする時は，処方箋で内容が一致しているか確認する．（患者名・薬品名・量・日数・開始日）薬剤師のセットミスが考えられ	
記号違い	記号違い		リーゼ	錠剤		ドグマチール	ドグマチール	錠剤	錠剤	50mg	外観がいつもと違う薬があると服用前に気がつき問合せがあった．薬剤師が確認し調剤過誤が判明したので，正しい薬を郵送した．	調剤および鑑査を厳重かつ慎重にすることとした．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を処方薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の処方となった	変更となる場合は特に確認のこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		リーマス	錠剤	1T 200mg	リタリンPZC	リタリン	散剤	散剤	リタリン25mg PZC2mg	薬剤分包時，昼と夜の薬を取り違えて作ってしまい，患者さんに渡してしまった．	薬剤分包の際，チェックミス．	
名称類似	名称類似		リスパダール錠	錠剤	1錠1mg	リボトリール錠	リボトリール	錠剤	錠剤	1錠1mg	外来患者において，リボトリール錠1mg処方のところ，リスパダール錠1mgを調剤．患者が気付いて服用はしなかった．	類似名称であることと，同一処方内で直ぐ上にリスパダール錠2mgが処方されていて読み違えた可能性もある．処方の行間を広くすることを検討している．	
外観類似／勘違い	外観類似		リスミー	錠剤	2mg	レンドルミン	レンドルミン	錠剤	錠剤	0．25mg	レンドルミンが処方されているところに，リスミーを入れてしまった． 処方監査も見逃してしまった．	処方薬の確認	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		リスミー	1錠	1錠	レスリン	レスリン	1/2錠	錠剤	1/2錠	せん妄状態にて毎眠前に精神科より指示された眠剤(レスリン1/2錠)が処方されていた．先日眠剤を服用したときに拒否したとの情報あり．夕食後家族の方がおられるときに内服してもらおうと考える．眠剤の入った箱から○○患者(女性)様の眠前薬と思っていた薬を服用してもらう．○○患者(男性)様も眠前薬(リスミー1錠)を服用しており○○患者(男性)様から眠前薬のことをきかれ薬の入っていた箱をみたとき○○患者(女性)様に○○患者(男性)様のものを誤薬したことに気が付いた．	1．患者様に何の眠前薬が出ているか把握が不十分であったこと．2．薬を配るときにフルネームを確認せず名字のみみて渡したことで誤薬がおきたため，渡すときには充分確認すること 3．同姓がいるときには薬箱にはフルネームを記入すると事故防止につながると考える	
規格違い	規格違い		リスミー（2mg）	錠剤	2mg	リスミー（1mg）	リスミー	錠剤	錠剤	1mg	リスミー（1mg）の処方のところにリスミー（2mg）を調剤交付する．当院採用品は2mgの錠剤のみであり，リスミー（2mg）と思いこみ調剤する．患者が3日間内服したところで病棟担当薬剤師が気づき，処方医に連絡し，患者への影響を確認後に，リスミー（2mg）と処方変更となる．	採用薬品，非採用薬品の規格を処方箋より正確に読みとる必要がある．	
記号違い	記号違い		リスミー錠1mg	錠剤	1mg	ロヒプノール錠1mg	ロヒプノール	錠剤	錠剤	1mg	「ロヒプノール錠1mg」が処方された入院患者に対し誤って「リスミー錠1mg」を調剤した．病棟看護師が気付き返納された．	当事者の調剤ミス及びダブルチェックが機能していなかった．類似薬品の配置場所を工夫し，取り違え防止を徹底する．	
数量違い	名称類似		リハビックスK			リハビクスK	リハビクス	500ml	ml	500mL	りハビクスK1000mlのところ500ml1本を1000mlと誤る	袋に混合した最終の内容量を印刷されていた．この薬アミノ製剤を混合，1000mlとして使うためらしいが紛らわしい．製造会社へ薬剤部から相談必要．袋の表示が紛らわしい．	
規格違い	規格違い		ﾘﾊﾞﾝﾁﾙ100mg	ｶﾌﾟｾﾙ	100mg	ﾘﾊﾞﾝﾁﾙ150mg	リバンチル	ｶﾌﾟｾﾙ	カプセル	150mg	規格誤り		
規格違い	規格違い		リマチル	錠剤	100mg	リマチル50mg	リマチル	錠剤	錠剤	50mg	50mgの処方にたいして100mgを払い出した	ﾘﾏﾁﾙは1種類しかないというおもいこみがあった．容量・規格を確認し業務に集中する．	
規格違い	規格違い		リンデロン	アンプル	20mg	リンデロン	リンデロン	アンプル	アンプル	2mg	注射処方箋にはリンデロン4mgと記載があり，リンデロン2mgを2A払出すところを，リンデロン20mgを2A払出した．	リンデロン2mgとリンデロン20mgは近くの位置に保管してあった．リンデロン20mgはほとんど調剤されないので，別の保管場所（冷蔵庫）に移動	
ヒューンエラー／管理側類	管理		リンデロンVG-膏	軟膏	0．12%	リンデロンVGローション	リンデロン	外用液剤	液剤	0．12%	外来オペレーターから入力間違いの連絡があり，間違いに気付かず，リンデロンVGローションについて情報提供すべきところ，リンデロンVG軟膏について情報提供していたことがわかった．すぐ患者さんにお詫びして正しい文書を郵送した．	処方箋と薬剤情報提供文書を照合し確認する際の注意不足が原因．	
勘違い	管理		リン酸コデイン散1%	散剤	1%散	アレビアチン散10%	アレビアチン	散剤	散剤	10%散	散剤棚でアレビアチン散10%の装置瓶が配置されるべき位置に，リン酸コデイン散1%の装置瓶が配置されていて，間違って配置されていることに気付かず，アレビアチン散があるものと思い込み，かつラベルの確認を怠ってしまったため，調剤過誤が発生した．当事者が直ぐに気付き患者は服用しなかった．	散剤装置瓶を配置した時に正しく配置されたか確認していないこと．思う込みでラベルを確認していないことなど，ルールが守られなかったことが原因である．毎剤配置の確認を実施することと，3回のラベル確認のルールの遵守を徹底することとした．	
規格違い	規格違い		ルゴール液			ルゴール液	ルゴール				原液と希釈液を間違って患者に内服指導した	実際の内服量を明確に薬袋に表示すること	
判定不能	?		ルゴール液										
規格違い	規格違い		ルジオミール錠	1錠10mg	10mg1錠	ルジオミール錠	ルジオミール	1錠25mg	錠剤	25mg1錠	外来患者において，ルジオミール錠25mg処方のところ，ルジオミール錠10mg調剤．患者1錠服用してしまってから連絡してきたが，特に異常は見られていない．		
その他	記号違い		ルプラック錠8mg	錠剤	1錠8mg	ルプラック錠4mg	ルプラック	錠剤	錠剤	1錠4mg	ルプラック錠4mg処方のところ，ルプラック錠8mgを調剤し与薬．患者家族から連絡があり間違いが判明．患者は服用しなかった．	ルプラック錠の直ぐ上にプロプレス錠8mgが処方されており，その8mgと見誤ったものと思われる．複数規格ある薬剤は常に念頭におき再確認することが必要．	
名称類似	名称類似		レスミット錠	錠剤	5mg	レミカットカプセル	レミカット	カプセル	カプセル	1mg	レミカットカプセル（1mg）を処方のところ，レスミット錠（5mg）を調剤	類似名称の薬剤等の監査，確認の徹底，注意を促す張り紙，薬事委員会での検討	
勘違い	外観類似		ﾚﾆﾍﾞｰｽ5	錠剤	5	ﾉﾙﾊﾞｽｸ5	ノルバスク	錠剤	錠剤	5	同じ降圧剤ということで取り違えた	良く確認する	
規格違い	規格違い		レニベース錠	2．5mg	2.5mg	レニベース錠	レニベース	5mg	mg	5mg	自動錠剤分包機で調剤した薬の中で，レニベース錠5mgのところ，2．5mgとコンピューター入力し，調剤してしまった．	今回，新規で分包した患者さんだった．監査者にも，新規の患者さんの場合は調剤薬にふせん紙等をつけ，注意を喚起する．	
勘違い	外観類似		レペタン	注射薬	2mg	アタラックスp	アタラックスp	注射薬	注射液	25mg	アタラックスpとレペタンの確認が不充分であった．		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		レベトール								長期投与不可なのに医師の指示どおりに28日分処方してしまった．	誰が見ても長期投与不可だあることがわかるような印が薬の場所にあると良い．この時点では，お知らせを流しただけでそれぞれの知識に任せていた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		レンドルミン								就寝前にレンドルミン3錠が他の薬と一緒に処方されていたが，医師が指示簡の指示変更にレンドルミンの削除を指示していなかった．	指示が出た際は，指示内容を薬袋と照合して確認する．	
薬効類似その他	薬効類似		レンドルミン	錠剤		ハルシオン	ハルシオン	錠剤	錠剤	0．25mg			
薬効類似その他	薬効類似		レンドルミン錠	錠剤	0．25mg	ハルシオン錠	ハルシオン	錠剤	錠剤	0．25mg	ハルシオン錠1錠，不眠時3回分処方のところ，レンドルミン錠を調剤．患者が1回分服用後看護婦が気付いた．		
勘違い	外観類似		ロキソニン			ソランタール	ソランタール				喘息患者に禁忌薬剤を処方したが，回収し修正した．	痛み止めとして安易に鎮痛剤が処方されるが，相互作用などの問題点を医療者に提起し，事故を未然に防げるよう努力する．	
勘違い	外観類似		ロキソニン	錠剤	60mg	プレドニン	プレドニン	錠剤	錠剤	5mg			
その他	外観類似		ロキソニン	錠剤		ソセゴン	ソセゴン	錠剤	錠剤				
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ロキソニン								バッファリンで皮診と軽度呼吸困難のあったことのある患者に，ロキソニンを内服させ，軽度の呼吸困難があった		
数量違い	?		ロヒプノール									薬剤科のダブルチェックが利いてない	
同一記号	外観類似		ﾛﾌﾟﾚｿｰﾙSR	120ﾐﾘｸﾞﾗﾑ	120mg	ﾎﾞﾙﾀﾚﾝSR	ボルタレン	37.5ﾐﾘｸﾞﾗﾑ	mg	37.5mg			
記号違い	記号違い		ワーファリン	錠	5mg	ﾌﾞﾙｾﾆﾄﾞ	ブルセニド	錠	錠剤	12mg			

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
その他	外観類似		ワーファリン錠	錠剤	1mg	プレドニン	プレドニン	錠剤	錠剤	5mg	プレドニン錠処方のところ，ワーファリン錠を調剤．		
勘違い（別物）	規格違い		ワイパックス	錠	1MG	ワイパックス	ワイパックス	錠	錠剤	0．5MG	処方せんワイパックス錠（1mg）1錠処方されているところワイパックス錠（0．5mg）が 監査を通り，患者に手渡されてしまった． 患者より電話があり，Drと相談のうえ0．5mg1+2錠で対応することにし その間に，1mg錠と交換した．2回分 朝とタ0．5mgで対応してもらった		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		ワファリン								定期処方であがってきたため，休薬のところ，1日分配薬し内服させた	医師への注意喚起と指示簿の再確認を注意喚起させた	
規格違い	規格違い		ワンアルファ	錠	0.25	ワンアルファ	ワンアルファ	錠	錠剤	0.5	患者持参薬と当院採用薬との規格が違うことに気がつかず処方依頼をしたが，薬剤師が気がつき再処方をした．	看護師からの報告には，薬剤名と錠数のみの記載しかなく，担当医師が規格違いの薬剤に気づかず処方依頼をした．	
判定不能	?		亜鉛化軟膏								外用薬の間違え		
判定不能	?		塩化カルシウム										
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		塩酸バンコマイシン	点滴注射	0．5g	塩酸バンコマイシン	塩酸バンコマイシン	点滴注射	点滴	1g	塩酸バンコマイシン1gを投与するところ，同0．5gの投与となったので，後で0．5gを追加投与することになった	指示受けしたときの看護記録が抜けた．カルテで確認すること	
名称類似	名称類似		塩酸モルヒネ 10mg 1A	注射液	10mg	塩酸モルヒネ 50mg 1A	塩酸モルヒネ	注射液	注射液	50mg	塩酸モルヒネ(50mg)1A+生食45mlを準備すべきところ、塩酸モルヒネ(10mg)1ml+生食45mlを準備した．	麻薬に対する知識が低かったと考えられるため、当院で使用している麻薬類についての知識を確実にする．	
数量違い	規格違い		強力ネオミノファーゲンC	40ml	40mL	強力ネオミノファーゲンC	ネオミノファーゲン	20ml	ml	20mL	20ml静注の指示で40mlを静注してしまった	40mlの指示が多くあるのでつい思い込んでしまった	
勘違い	外観類似		強力ミノファーゲンC			メイロン	メイロン						
規格違い・名称類似	規格違い		献血アルブミンWf25%50mL	25%50ml	25%50mL	赤十字アルブミン20% 50mL	アルブミン	20%50ml	ml	20%50mL	赤十字アルブミン20%50mlの処方に献血アルブミンwf25%50mlを出してしまった	他の事に気をとられていた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		抗生剤	ボトル	100cc	なし							
規格違い	規格違い		散剤								薬包が破れた部分をセロファンテープではって薬局から病棟に配薬された		
勘違い	ヒューマンエラー		酸化マグネシウム	散薬	0．5g、朝食後	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	散薬	散薬	0．5g、夕食後	夕食後と印字すべきを朝食後と印字する．	前回の印字情報をそのまま確認せずに入力した．確認の徹底．分包終了後、監査時にきちんと確認する．	
勘違い	名称類似		酸化マグネシウムと乳酸カルシウム			酸化マグネシウム	酸化マグネシウム						
勘違い	名称類似		十全大補湯			十味敗毒湯	十味敗毒湯						
数量違い	?		重カマ	粉末	1包	なし					A氏の薬を誤ってB氏に配薬した．A氏が入ってないと訴えたため判明した	配薬をするときに落ち着いてする．他者が確認をする．	
外観類似	外観類似		蒸留水	100ml	100mL	生食	生食	100ml	ml	100mL			
勘違い	外観類似		水溶性プレドニン			ソルメドロール	ソルメドロール						
外観類似	外観類似		生食	20	20	注射用蒸留水	注射用蒸留水	20	不明	20	薬剤をとりまとめた際に間違い、それを監査する者も見落とした		
数量違い	記号違い		生食		20ml	生食100ml	生食			100ml	準備段階で、患者名に100mlが20mlの生食が入っていた．	病棟内で準備時と薬品のボックスにいれる時の確認を伝票にて確実にする事	
認識不足	ヒューマンエラー		生食 セフメタゾン	100cc 1g	100cc 1g						生食キット100cc中にセフメタゾン1gを溶解して投与すべきところを、生食キットだけで投与してしまった	内容を確認せずに、他の看護婦からの指示で生食だけのキットを投与した指示内容が的確でなかった	
記号違い	記号違い		生食，カルベニン注	注射液	100ml，0．5g	5%ブドウ糖，カルベニン注	ブドウ糖	注射液	注射液	250ml，1g	医師の指示受けした看護婦が間違って薬剤科へ与薬請求した	指示箋の確認が十分でなかった	
不明	ヒューマンエラー		生食，ビソルボン注	注射液	20ml，1管	ビソルボン注	ビソルボン	注射液	注射液	1管	ビソルボン1管の指示のところ，生食20mlとビソルボン1管を混入させた	カルテ確認をしないまま，思いこんで混入させた	
規格違い	規格違い		生食100ml	ボトル	100ml	生食50ml	生食	ボトル	ボトル	50ml	溶解液の誤り		
規格違い	規格違い		生食TN	100ミリ	100mL	生食TN	生食	50ミリ	ml	50mL			
外観類似	外観類似		生理食塩水	水剤		蒸留水	蒸留水	水剤	液剤				
不明	?		生理食塩水100ml アタラックスP 50mg			マイスリー	マイスリー					臨時指示薬を使用する場合、カルテで医師指示を確認する	
数量違い	規格違い		赤十字アルブミン	血液製剤	20% 50ml	赤十字アルブミン	アルブミン	血液製剤	血液製剤	20% 20ml	赤十字アルブミン20%20ml2V請求のところに、20%50ml2Vを払い出してしまった．調製する看護婦が調製途中で気づき、連絡してもらった．継続、持続で投与するので、請求の注射箋を訂正してくださいと連絡があった．	成人男性だったこともあり、慣用されている50mlの方だと思い込んでしまった． 思い込まず、確認する．	
規格違い	規格違い		注射用蒸留水	20ミリ	20mL	注射用蒸留水	注射用蒸留水	100ミリ	ml	100mL			
記号違い	記号違い		低分子デキストランL注	点滴	500ml	低分子デキストラン糖注	低分子デキストラン					後発品なら名称を低分子デキストラン2号注とか低分子デキストラン0系注とかにすべき．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		二フラン点眼液、チモプトール点眼液とソフトサンティア、二フラン点眼液	5ml	5mL	ソフトサンティア、二フラン点眼液と二フラン点眼液、チモプトール点眼液		5ml	ml	5mL	同姓の患者の点眼液が続き、両者の薬袋が入れ代わった	処方箋の確認が不十分．薬袋の確認不十分．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		濃厚赤血球	2パック	200ml	濃厚赤血球	赤血球	2パック	パック	200ml	保管を冷蔵庫氷温室に入れていた．凍結前に発見	管理マニュアルの見直し、氷温室に入れない注意表示が必要	
その他	ヒューマンエラー		不明	点滴	不明	不明	不明	点滴	点滴	不明	3本目の点滴の内容にいれ忘れがあった	確認不足	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	不明	内服薬の整理をして11：30の薬が準備中の仕事中断により、忘れて準備されていなかったため、与薬しなかった	処方箋に与薬時間を書いて貰う．準備中作業中断しないようスタッフ同士が配慮する．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		不明		10ml	不明	不明			5ml	1回量がボトルにはってあったが，誤記載であった．	1回量及び全量，薬剤名，内服方法すべてを確　受領することが必要．	
その他	?		豊　・ン810			豊　・ン820							
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		薬品を間違えたのではなく実施する患者のものでない方を点滴してしまった。	不明	不明	ビタミン剤	ビタミン	不明	不明	不明	ビタミン剤の内容の違う同じ点滴ボトルを同世代・同病の患者さまに点滴で，3時間30分程滴下させてしまった。	申身の確認が確実でなかった．十分確認して本人のものであるサインをしベッドネームと照合する．CVPラインのため話まってしまうとあせってしまった．	
規格違い	規格違い		輸液フィジオ35			輸液フィジオ140	フィジオ1						
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー		硫酸アトロピン	アンプル	0.5mg	アタラックスP	アタラックス	アンプル	アンプル	25mg	疼痛時の指示としてアタラックスP25mgを使用するためにワゴンから取り出し，注射器に吸おうとした所，硫酸アトロピン0.5mgと取り違えたことに気づいた．	薬剤が似かよっているの改善して欲しい．似かよった薬剤は隣り合わせにしない．ワゴンの引き出しを変える．ダブルチェックする．	
勘違い	外観類似		硫酸アトロピン注射液	0．5mg1mL1管	0.5mg1mL1管	アタラックスP25mg注射液	アタラックス	25mg1mL1管	mg	25mg1mL1管	不眠時の指示がアタラックスP25mgだったが，実際に保管薬から取り出す時に，硫酸アトロピン1アンプルを手に持ち，実施してしまった．	薬品名の確認不足．どうしてこの患者さんにこの薬が使用されるのか考える．薬理作用を知っているのか実際に調べてみてから実施する．	
数量違い	数量違い					カルペニン	カルペニン						
数量違い	数量違い			ラニラビッド									
勘違い	?									タガメット1錠　眠前		カルテからの情報収集を正確に行う	
勘違い	?											与薬者氏名の間違い．	
勘違い	?										中止薬を服用したことに気づいた		
勘違い	?										中止薬の服用開始の確認をしないまま服薬確認をしていた	Drに指示確認と記載の依頼	
勘違い	?										毎食後7日分，21包のところ14包しか調剤されていないことに看護婦が気付き，不足分を再調剤	より一層注意を払い調剤するよう心がける．	
勘違い	?										経管オーダーなのに錠剤調剤で処方されていたが，看護婦が気が付き同取した．	記載の込み入っている処方には，特に確認の時間と注意をかけるよう対策する．	
勘違い	?										患者の家族より，食前でリルテック錠を飲むように指示されているが，薬袋には食後となっているとの訴えがあり，医師に確認し食前で服用するよう指示した．	リルテック錠は，デフォルトで入力出来ることになっており，薬剤を選択するだけで食前になるようになっている．しかし，入力の仕方によってはデフォルトが機能しないので調剤監査時に十分注意する必要がある．	
勘違い	?										メスチノン処方の薬袋に糖尿病薬の印を押したが，看護師が気が付き新しい薬袋を作成し交換し	今後，印を押すときに十分注意をして行う．	
勘違い	?										外来患者において，リーバクト顆粒，六君子湯エキス顆粒，その他処方のところ，リーバクト顆粒を重複調剤（二人の者が調剤）し六君子湯エキス顆粒は調剤漏れを生じてしまった．	他部署から調剤の応援に入った者が，調剤上のルールを勘違いしたため．ルールの再確認と先に調剤した者が調剤個所に印をつけることなどを検討する必要がある．	
勘違い	?										トプシムローションの部位を「顔」で入力したので訂正したとオペレーターより連絡があり，外来に問い合わせをして確認したところ，「頭」とのことであった．薬袋を確認したところ，「顔」になっていたとのことで，お詫びして直していただいた．	処方せんに記載されている字が少し読みづらかったこともあるが，処方箋の内容と薬袋を確認すべきであった．	
勘違い	?										定時の薬で薬袋の印字が寝る前とするところを夕食後と印字機に入力して薬袋を出してしまった．	新規に入力した処方箋には新規であることがわかるようにふせん紙をつけて注意を促すようにしていたが，チェックが働かなかった．	
勘違い	?										外来患者で，レニベース錠（5mg）1錠　分1とヘルベッサー錠（30mg）3錠　分3処方の処方において，薬袋を交差してしまい，その為両剤の服用方法及び服用量が逆になってしまった．患者は10日間服用しレニベース錠が不足したため連絡してこられ間違いが判明した．	薬剤を薬袋に入れる時に本来入れるべき薬袋をよく確認せず，無意識でただ入れたものと思われる．監査でも薬袋と現物との確認を怠ったものと思われる．薬袋にRp番号が入っているので，処方順に調剤，監査することを徹底する．	
勘違い／外観類似	外観類似									チラージン1.5錠	0.5錠しか投与しなかったことに指摘されて気づいた	与薬の手順の再確認をする	
勘違い／配置	管理										常備薬から与薬した薬を返納する為の処方を再与薬	指示の確認，常備薬を無くす	
勘違い／薬効起因	?										指示された投与日の前に服薬させてしまった		
規格違い	規格違い										シロップ剤を1回量1mlと指示すべきところ4mlと指示していた．	処方せん枚数や電話等が多く，一つ一つに対する集中力に欠けていた上，気持ちも焦り，通常調剤したあとに行う自己検薬を怠っていた．自己検薬の重要性を再認識し，冷静に対処するよう心がける．	
規格違い	規格違い										アレロック錠14錠調剤したが4錠しか薬袋に入っていなかったと病棟より連絡があったため，不足分10錠を再調剤した．	搬送時に落ちた可能性もあるが，調剤時に慎重に調剤する．	
規格違い	規格違い										マーズレンS顆粒を7日分調剤するところ14日分調剤してあることを看護婦より指摘された．余分に調剤した7日分を回取した．	調剤者の自己監査において，さらに正確な監査をするよう努力する必要がある．	
規格違い	規格違い										患者よりフラビタン錠とビドキサール錠が14日分のところ7日分しかないと指摘された．調剤業務上考えにくい不足分ではあるが，患者の言い分を優先しお渡しした．	調剤および処方監査を厳重かつ慎重にする．	
規格違い	規格違い										ヒストロン耳錠が63錠のところ1錠不足だったと指摘を受けた．調剤業務上，考えにくい不足ではあるが，患者の言い分を優先しお渡しした．	調剤および処方監査を厳重かつ慎重にすることとした．	
規格違い	規格違い											錠剤を粉砕し散薬として処方したが，苦みを感じるとの苦情	
規格違い	規格違い										血圧降下剤のカプトリルの中に，直前に調剤した薬剤（クラリスDS）が微量混入した．	散財調剤の度に，十分分包機を清掃する．	
規格違い	規格違い					アダラートL	アダラート				アダラートLのPTP包装の裏面の表示がバイエルと会社名のみであり，個別に分けると，薬品名がわからない		
規格違い	規格違い										酸化マグネシウム投与中の患者にクラビットが処方されたが，薬歴チェック中に気づき，患者の状態を考慮してプルゼニドを服用するようにした．	薬物相互作用について，密薬の必要性を痛感した．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ、30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
規格違い	規格違い										硫酸亜鉛7水塩25gを業者に発注したところ、硝酸亜鉛6水和物が納品されたが、検収時に間違いに気づかず倉庫に保管された。調剤時に間違いに気がつき業者に連絡し、納品間違いを確認した。患者への誤投与はなかった。	包装形態が酷似していたため、思い込みが原因と考えられる。薬品検収の際は、十分確認するようスタッフに指導をし、業者に対しても出荷時に十分注意するよう指導した。	
規格違い	規格違い										アミノフリードの二室間の隔壁を開通しなかった		
規格違い	規格違い										定期処方で1包化された分の量分を朝に服用させていた。	1包化された印字が薄くて字も小さく読みづらい。	
規格違い	規格違い										シリンジ器の単位間違い	2種類あることの認識	
記号違い	記号違い										抗癌剤を325ml／日で行うところ輸注ポンプで設定したが1時間後見に行くと999ml／日で入ってしまっていた。	輸注ポンプの誤作動と思われ修理に出した。	
剤形違い	剤形違い										ポリミキシンBが錠剤で服用のところ、粉砕されたものが病棟に届いているとの指摘が看護師よりあった。	散剤を調剤している時間帯で、この処方も同様に粉砕の指示があるものと思い込んで調剤をした。	
数量違い	?										点滴にインシュリンを入れずに施行し、患者が高血糖となった	準備時インシュリンが冷蔵庫にあり出ていなかった。途中ナースコールが数回なり中断した。注射指示簿部確認してミキシングする。ミキシングはナースコールで中断しなくてよい薬剤師が行う、その為には病棟薬剤師の専任配置が望ましい。	
数量違い	数量違い										テバペンRが総量14錠であるところ18錠入っていたと連絡があり、過量分を回収した。	十分な確認を行いながら調剤を行うよう心がける。	
数量違い	数量違い										毎食後4日分において、ワンドースパケージが8包しか入っていないと看護婦より連絡が入った。再調剤をした薬剤と差し替えた。	処方の見間違えであり、今後注意を払い調剤を行う。	
数量違い	数量違い										マーズレンSを5日分調剤すべきところ7日分調剤してしまい、、看護婦が気付き正しい量に修正した。	調剤の環境が変わり集中力が欠けていたことが原因の一つにあげられる。環境が変わったときは、特に注意をすることが必要であることを認識した。	
数量違い	数量違い										熱傷患者包交前の鎮痛剤の指示について看護婦より指示を受けたにもかかわらず、誤量を投与した。	熱傷包交時の鎮痛剤投与は、包交直前、全員が揃ったところで実施する。	
数量違い	数量違い										ビドキサールの一日量6錠を3錠で調剤していることが判明し、再調剤をして交換した。	処方確認を充分に行うこととした。	
数量違い	数量違い										ラスチノン錠30錠のところ15錠しか入ってないとの連絡があり、不足分を郵送することとした。	調剤および処方鑑査を厳重かつ慎重にすることとした。	
数量違い	数量違い										薬剤の本数が違うことを主治医に指摘され、不足分を再調剤した。	注意力が欠けていたため、今後注意し調剤するよう徹底した。	
数量違い	数量違い										患者服用前に看護師より過剰に処方されていると指摘を受け、過剰分を引き取った。	包数の確認不足であった。	
数量違い	数量違い										レスリン1錠が2錠にて処方されており、再調剤して交換した。	注意力の散漫によるチェックミスにより生じたため、より一層注意を払う必要がある。	
数量違い	数量違い										アスパラK1A指示のところを2A混入した		
数量違い	数量違い										イオパミロン300　20ml　10本の請求に、2本だけ払いだしてしまった。	前日、不足数を発注するとき、10本と伝票に記載すべきところ、包装単位（5本／箱）の2と書いたため、当日、不足数を2本と間違え	
数量違い	数量違い										患者より、エストラーナを28枚のところ、14枚しか調剤されていない旨の連絡を受け、不足分の14枚を郵送した。	処方せんをよく見て、間違いのないよう調剤するよう気をつける。	
数量違い	数量違い										患者より50日分処方のところ、30日分しか処方されていない旨の連絡があり、不足の20日分を再調剤することとした。	4月以降様々なパターンの日数で処方されるようになったので、調剤する際は日数を確認することが必要である。	
数量違い	数量違い										メタルカプターゼを12CAP調剤するところ、14CAP調剤してあることに気がつき薬剤部に連絡が入った。至急、病棟に行き2CAP引取った。	注意力の散漫により生じたため、より一層の注意を払い調剤業務に従事する。	
数量違い	数量違い										患者より、ザンタック錠60日分のところ、30日分しかないとの問合せの連絡があった。確認したところ調剤不足であることが判明、薬剤を郵送することとした。	調剤および処方鑑査を厳重かつ慎重にすることとした。	
数量違い	数量違い										患者よりラシックス錠が30錠あるべきところ15錠しかないとの指摘を受けた。当該薬剤の残数には余裕があることから、翌日不足分を郵送した。	通常の処方において、ラシックス錠の1日投与回数は、1回であることが多いことから、今回も同様だと思って思い込んでしまい、処方せんの記載を確認することを怠ったことによるものと考えられる。今後は確認を怠らないよう注意する。	
数量違い	数量違い										病棟より塩酸バンコマイシン散を14バイアル調剤するところ、4バイアルしか調剤されていないとの指摘があった。	不足分を再調剤し、病棟に届けた。注意力の散漫によるチェックミスより生じたため、より一層の注意を払い調剤業務に従事する。	
数量違い	数量違い										病棟より、アドフィード5袋のところ3袋しかないとの指摘があった。直ちに、不足分2袋を調剤した。	通常、アドフィードやカトレップは3袋で処方される場合が多いため、思い込みにより数量の確認を十分に行わなかったのが原因と思われる。今後は、処方頻度などにとらわれず確認するよう注意する。	
数量違い	数量違い										患者よりソレトン錠63錠のところ42錠しか処方されていないとの指摘を受けた。直ちに、不足分21錠を再調剤した。	現在行っている鑑査と調剤業務を、今以上に注意する必要がある。	
数量違い	数量違い										看護師より薬剤1包の不足を指摘された。再調剤をし病棟に届けた。	バイルにて4包に分包すべき薬剤を3包に分包してしまった。本来なら、他の人が分包数を確認するところ、処方数が多かったためチェックを怠り発生したと推測される。確認チェックを徹底することとした。	
数量違い	数量違い										4日分から7日分に処方修正のあったにもかかわらず、処方修正されないまま調剤されているとの指摘を受けた。	内容を十分に確認し、訂正しなければならない。	
数量違い	数量違い										ベケタミンAが14錠不足しているとの指摘を患者より受けた。直ちに速達で不足分を郵送した。	一つの処方内容に多くの薬が処方されているため、調剤し忘れた可能性が高い。注意深く処方することとする。	
その他	伝達ミス										点滴と内服薬が重複して投与された		
その他	?										夕食後の薬の準備中に8日からの与薬分の指示があったが4日分不足していることを発見1日一回分を割も予約したのではないか		
その他	伝達ミス					フロモックス	フロモックス	錠剤	錠剤	100mg	同姓患者のラックに間違えて入れた	同姓患者のラックが近くにありました	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
その他	ヒューマンエラー					ダオニール	ダオニール	錠剤	錠剤	2.5mg	配薬したものを患者の勝手な判断で服用しなかった	服用させてから席をはずす	
その他	伝達ミス										悪性腫瘍にて放射線治療中の患者で、WBC低下によりT治医よりリーダーへノイトロジン投与の指示あり、看護婦間の連携不備び加え診療録確認を怠り、投与忘れが生じた．翌日T治医が患者に確認する時点で発覚．	リーダーからの伝達（看護婦間）不足．診療録の確認不備．検査結果の把握が不十分であった．「早い時点での伝達、確認を徹底す	
その他	数量違い										院外薬局より投与量の確認連絡があり、投与量のミスが判明	確認を怠らずにする．	
その他	数量違い										濃度の間違え		
その他	数量違い					カルナクリン	カルナクリン	錠剤	錠剤	25国際単位	倍量処方のものを思いこみでそのまま投与してしまった	投与前に医師の指示を再度確認すべきであった	
その他	数量違い					ベルマックス	ベルマックス	錠剤	錠剤		指示誤読による量を多く投与してしまった	指示書見づらい時には、書き換えてもらうなど工夫をする	
その他	数量違い										化学療法のため持続点滴を開始して、主治医がイホマイド（抗腫瘍剤）とウロミテキサン3Aを点滴開始していたが、ウロミテキサン3Aを主治医が投与していたことに気づかず看護婦が、再度ウロミテキサン3Aを投与していた．	医師・看護婦がそれぞれに多忙であり、イホマイド開始時のウロミテキサン投与は医師が施行することの認識が無かった．医師・看護婦間の情報伝達を徹底するとともに、準備した薬剤の日付の確認を徹底する．	
その他	数量違い										処方通りに与薬しなくて半量しか与薬しなかった	確認を十分にする	
その他	数量違い					オイグルコ	オイグルコン	錠剤	錠剤	0．25mg	指示の誤読による量間違え	準備時指示書と照らしあわせを行う	
その他	数量違い										量間違え	指示書の確認をしっかり行う	
その他	外観類似					ラボナール	ラボナール	バイアル	バイアル	0．5グラム	IVをボトルに入れて点滴した	教育	
その他	ヒューマンエラー					デパス	デパス	錠剤	錠剤	5mg	忘れた	確認不足	
その他	伝達ミス					サクシゾン	サクシゾン	バイアル	バイアル	300ミリグラム	指示どおり実施しなかった	思い込み	
その他	数量違い					インシュリン	インシュリン	アンプル	アンプル	ヒューマリンR（40）2単位	スライディングスケールの数値によりSC量の変更のところ勘違いにより打たなかった	SC前に再確認を指示書で行う	
その他	ヒューマンエラー										点滴を準備している途中で、ナースコールの対応のため一時中断し、その後再度準備する段階でブドウ糖を袋から出すことを忘れた．	再度点滴準備のときに再確認することを怠った．また、診療録に実施サインをするときにも気づかなかった．処方箋及び診療録との確認を徹底する．中断後再準備の時の再確認を徹底する．	
その他	伝達ミス										ミニプレスとバナルジンが処方されたがミニプレスのみ調剤された	調剤後、薬の再確認が必要	
その他	伝達ミス										薬袋に記入する病棟名の間違い	確認不足	
その他	伝達ミス										処方せん4日のところ、14日と薬袋に記載	処方監査のミス、ダブルチェックの徹底	
その他	ヒューマンエラー										薬袋の患者名を間違った	不十分な確認	
その他	ヒューマンエラー										生食20mLの払出し忘れ	複数人での確認	
その他	数量違い										アモバン（7.5）1錠、ブルゼニド2錠　1×　14日処方のところ、7日分の払出し	不十分な確認、ダブルチェックの徹底	
その他	数量違い										プレドニン（5）1T　2×　14日分のところ、7日分払出し		
その他	数量違い										パントール2Aの払出しのところ1A払出し（1A不足）	ダブルチェックの徹底	
その他	ヒューマンエラー										T氏の眠前薬を取り出した時に残りをK氏の眠前薬薬袋に入れてしまった．翌日、投与する前に薬剤指導に行った薬剤師により発見され、未然に防げた．	薬袋をまだ取り出していないもの、取り出したものと2つ並べて整理していたことが要因と思われ、整理手順を改善することが必要．	
その他	伝達ミス										点滴にインシュリンを入れずに施行し、患者が高血糖となった	準備時インシュリンが冷蔵庫にあり出ていなかった．途中ナースコールが数回なり中断した．注射指示箋都確認してミキシングする．ミキシングはナースコールで中断しなくてよい薬剤師が行う．その為には病棟薬剤師の専任配置が望ましい．	
その他	?										ホリゾン1A筋注，1時間後、食事を下膳するため訪室し同時に洗面うながし洗面台で洗面中、転倒した．洗面用具を用意し、患者が洗面をはじめたのを確認し、ブラインドを閉めに患者から離れた時、洗面台に置いてあったものが倒れ音がしたため見ると患者がふらつき腰部より倒れ転倒した．転倒後ベットまで誘導し血圧測定した（血圧130/87mmHg，脈拍109回/分）外傷なし．	1時間前にホリゾンを筋肉注射しておりふらつきが出現する可能性が高かったにもかかわらず、患者から目を離してしまったため注意が不十分だった．	
その他	?										強い不眠を訴え、夜間ストレスが強く眠剤の申し出があり、当直医に上申のうえ、アモバンを渡したが、その後、本人よりベッドから転落したとナースコールがあった．両方柵をしていなかった．	睡眠剤を内服した後、柵をしなかった．また、睡眠剤内服時に薬効、副作用及び予想される状況の説明が不十分であった．	
その他	ヒューマンエラー					メロペン点滴用0．5g	メロペン	バイアル、生理食塩液キットH	バイアル		メロペンのバイアルを生食100ml（キット）にて溶解すると、バイアル内にゴムの破片が混入していた	製薬会社に調査を依頼し、注射針がゴム栓を貫通する際に削り取ったゴム片がバイアル内に落下したもの（コアリング）であるとの回答を得た．	
その他	数量違い										ザンタック錠が欲しくて来院した患者に対し、ザンタック錠が処方されていなかった．	前回、来院時処方にはザンタック錠は含まれてなく、Do処方により起きたのではないかと推測される．T治医による処方入力画面の最終チェックを徹底して行うこととする．	
その他	?										患者代理人より、アストーン錠が入っていないとの申出があった．	アストーン錠は3月31日をもって販売中止のため処方できない旨を患者代理人に説明した．処方入力システムでは、処方画面上に取り扱い中止になった薬剤には、「この薬使用中止」と表示しているので、入力医師は知ることができる．処方医は、処方出来ない理由を説明しなかったと推測される．	
その他	ヒューマンエラー										患者に予薬した調剤薬に毛髪が混入していた．	現在、散剤の調剤担当者は全員が帽子をかぶり、毛髪の混入を防ぐ対策を実施しているが、今後は薬剤の異物検査をさらに徹底することとした．	
その他	マシントラブル										ソレトン、セルベックスを自動錠剤分包機で調剤した際、他の薬剤が1包に混入していた．患者服用前に錠数の違いに気づき、再調剤した．	1包1包、注意深く確認して、調剤する必要がある．また、分包機の点検も必要と考えられ	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
その他	数量違い										病棟より1包化された薬剤について，全21包中1包のみにプレドニン錠5mgが1錠多く入っていたとの指摘を受けた．直ちに再調剤をし，交換した．また，残薬を確認したが他に薬剤超過および不足は発見されなかった．	連休前夜のため処方が多く，その処理のために自主的に支援を行った結果であった．	
その他	数量違い										酸化マグネシウムの薬袋に薬剤が入っていないとの指摘を看護師より受けた．処方せんを確認したところ，秤量する薬剤ではあったが調剤していない様子で薬袋にも調剤の印がなかった．しかし，薬袋は封をされた様子で折られていた．	この処方せんは，計数調剤と錠剤を1包化する調剤と別々に検薬をしており，この間に酸化マグネシウムの薬袋も一緒に折られてしまった可能性が高い．検薬をする際には，未調剤の薬袋も確認して慎重かつ正確に行う必要があ	
知識不足	知識不足										輸液ボトルに50%ブドウ糖の混入を忘れてしまった．	注射前後にじっくりと指示箋を確認する．	
認識不足	ヒューマンエラー										点滴にインシュリンを入れずに施行し、患者が高血糖となった	準備時インシュリンが冷蔵庫にあり出ていなかった．途中ナースコールが数回なり中断した．注射指示箋都確認してミキシングする．ミキシングはナースコールで中断しなくてよい薬剤師が行う．その為には病棟薬剤師の専任配置が望ましい．	
認識不足	ヒューマンエラー										エアーの混入		
判定不能	?					IMKCL10ml2A	IMK						
判定不能	?					ベナ	ベナ						
判定不能	?					モダシン	モダシン						
判定不能	?				デカトロン								
判定不能	ヒューマンエラー										1本目の輸液に入れるのを2本目に入れた		
判定不能	?												
判定不能	伝達ミス										今後増量する予定で、主治医は薬剤を処方していた	現在与薬する量で、処方するべきである．	
判定不能	名称類似										水剤の表示内容をみまちがえた．		
判定不能	マシントラブル										患者さんより、リン酸水素カルシウムがいつもと違う味がするとの電話があった．散剤監査システムの記録では間違いなく調剤されていたのでその旨を話したが、ガムのような味がしていつもと違うと言われた．その薬の一部を調べると、外観は同じだが、味はかすかにフルーツのような味が感じられるものが3包あった．器械の使用記録から前に分包したザジテンドライシロップによる汚染が疑われる．	リン酸水素カルシウムは処方例も多いことから、まとめて1包1gに分包しておくことにする．	
判定不能	伝達ミス										処方内容に疑義があり、処方医に照会したところ入力ミスと判明．薬剤師より処方修正を依頼した．	医師が処方を入力する際に、1日量を入力すべきところで1回量を入力したと思われる．散剤の用量は、錠剤と異なり、薬剤ごとに投与量を把握しなければならず、処方でのリスクは大きい．特に小児に対する投与量は、年齢・体重で異なり煩雑である．添付文書の記載も薬剤ごとに異なり1回量での記載であったり、1日量の記載であったりする．対策としては、小児用薬剤名の後に体重あたりの投与量を表示する．当院では、散薬鑑査システムで印字される薬剤名の後ろに投与量を表示し小児に対する投与量の確認を徹底している．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										昼食後、薬が与薬されずに与薬箱に残っていた．	与薬責任者を決めてあり、全て与薬したか最終確認まで仕事の責任範囲に入っているため、最終確認を怠らない．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー											ベットサイドに薬が配置してあるのは問題	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										メインボトルの滴下速度が速まってしまった．	点滴ルートの曲がりがあるかどうか観察を怠らない．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					アドナ1ｱﾝﾌﾟﾙ	アドナ	ｱﾝﾌﾟﾙ	アンプル	50ml	混入忘れ	確認不足	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										キロサイト開始時、滴下良好であったが、途中からもれてしまった．患者の自覚症状もなかった		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										同室者より、本患者が転倒したと報告を受け、訪室する．ベッドサイドに座っており、「足がすくわれた感じがした」と訴える．頭部は打撲せず、左手のみ打撲．発赤・腫脹・外傷はなく、意識も清明だった．	ベッド上安静を促し、当直医に報告．診察を依頼．神経学的所見なく、様子観察となる．左手に関しては、モーラス貼用を行った．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										定期処方の中からセロクエル1錠を中止の指示あり．看護婦が病棟で除く作業をしたが、1袋抜いておらず、与薬時に確認して気付く．		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										点滴にインシュリンを入れずに施行し、患者が高血糖となった	準備時インシュリンが冷蔵庫にあり出ていなかった．途中ナースコールが数回なり中断した．注射指示箋都確認してミキシングする．ミキシングはナースコールで中断しなくてよい薬剤師が行う．その為には病棟薬剤師の専任配置が望ましい．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										点滴にインシュリンを入れずに施行し、患者が高血糖となった	準備時インシュリンが冷蔵庫にあり出ていなかった．途中ナースコールが数回なり中断した．注射指示箋都確認してミキシングする．ミキシングはナースコールで中断しなくてよい薬剤師が行う．その為には病棟薬剤師の専任配置が望ましい．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					タガメット	タガメット				眠前に投与するのを忘れた	過去のインシデントレポートでの学びが生かされていない．目を通すだけでなく行動レベルに移していく必要がある．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー									アレビアチン200mg分2	2回服薬するのを忘れた	内服薬自己管理の患者の服薬確認を各勤務帯で確実に行い、同時に残薬のチェックも行う．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー									アレビアチン200mg分2	例の服薬確認をしなっかた	必要な看護行為として服薬確認を行っていく	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										レニベース2．5mgが7錠処方された処方を（2T、2T、3T）の計7錠で調剤したが、監査をして薬袋に戻す際に、3Tを床に落としてしまった．気付いた時には薬は病棟に配達されていた．	細かい錠剤を調剤、監査する際は、より一層注意を払う．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ＶｂＮＸ	VbNX						
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					αロール	αロール						
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー									ボンタールシロップ分4	夜間疼痛時3－4回服用し，1回量も適当だっ	ボンタール内服の説明用紙を作成する	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ラシックス	ラシックス				準備されていた薬に気付かず与薬できなかった 指示を見逃していた．	慣れない内服箱の枠外に準備されていることに気付けなかった．尿量が少ないと気にしているのに，相談して対応しようとしていない．相談していれば，ラシックスがあることに気付けたと思われる．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ドロレプタン	ドロレプタン				ﾄﾞﾛﾚﾌﾟﾀﾝの使用頻度は多いが1回に使用する量が少量なので，開封時ﾏｲﾛに日付を記入している．当院では有効期限を開封後1週間としているが有効期限を過ぎた物を使用した		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					アカルディカプセル	アカルディカプセル				無投与	正しい場所にしまう	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ガスター	ガスター				1本目の点滴にガスターを混注する予定で準備中に患者さまに声をかけられ作業を中断した．2本目を準備する際忘れたことに気付き，医師に報告の結果2本目に混注することになった．	作業の中断が原因になっている．可能であれば，その作業が終わるまで待っていただくか，他の看護師に代わって対応してもらう．作成後・点滴を患者さまの所に下げるときの確認ができていない．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ピー・エヌ・ツイン	ピーエヌツイン				3人の看護師がかかわって点滴を施工しているが，3人ともに確認ができず，終了間際になって瞬壁が開通していないことに気付いている．	作成時に開通させないでいた．バッグを接続させた看護師は開通させていないことに気付かず交換してしまった．その後を引き継いだ深夜看護師は予定通りに点滴残量がないため調節しながら滴下させていたところ朝方になって開通させていないことに気付いた．毎回バッグ全体を確認していれば気付いていた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										夕食後薬と昼食後薬を間違えて準備		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										1包化のものと単独のものの2種類があり単独のものを忘れていた		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										早朝、吸入準備中に吸入薬が無い事に気付いたが，予備も保管していず，実施できなかった．	準備の段階で必ず次に備えて準備しておく	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										床に落ちているのを発見	内服介助後は確認する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										すべ患者に対し，術後感染予防の抗生剤を同薬効のセファメジンα注とメイセイリン注が処方された．担当看護婦は同薬効であることを知らなかったが，薬剤師が気が付き修正した．	注射オーダーシステムにより薬剤師が気付き，防止することができた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										2人の朝食後の薬を配薬車から取り出すのを忘れた．1人は昼の薬があったため日勤者が気付いて服用できたが，もう1人は昼がなかったため，夕食後薬の準備で気付いた．	深夜勤務者が準備を怠った．引継ぎが終わったらあさの薬の準備をして分かるところに置く．次の勤務者が内服をしたか確認できるシステムになっていない．内服したかチェックする．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										ｶﾙﾎﾞﾝの錠剤が大きいために2分割して飲もうとしてアルミシールも一緒に飲んでしまった	飲みやすい小さめな錠剤に形体を変えることが望ましい	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										点滴準備の際、ボトルに書いた名前が2組入れ替わっていた．ガスターの不足があったのに補充せずに忘れて帰ってしまった．	不慣れなことが多く，量も多いためあせっていた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										前回の診察時、風邪のために処方されたムコソルバン錠が今回も処方されているとの訴えがあり，医師に削除を依頼し、薬を回収して返金手続きをとった．	処方医は，機械的に処方するのではなく確認を十分に行って欲しい．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										処方時における選択ミスにより口腔用と鼻腔用の指示が入れ替わっていることが患者からの問合せで判明した．	医師の処方入力時に選択ミスをしたために起こったことであるが，処方鑑査・調剤時に冷静に処方するようにする。	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										担当看護婦が点滴伝票上の投与日の日付確認を怠り投与した．	投看護婦同士でダブルチェックすることを徹底する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										外来通院時の処方用量の間違いに気付かず、入院後も処方入力をしてしまった．	外来での処方が実際と違っていることがあり，入院時は十分な確認を要する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										化学療法の点滴が開始された後、救済療法の予定であったがオーダーが出されておらず投与されなかった．	主治医交代の翌日からの化学療法で，前主治医がオーダーしているものと思い込み，指導医および看護婦からも確認されなかったことが原因であると思われる．主治医交代後は経過報告をしっかりと受ける必要があると同時に，看護サイドも注意喚起をする姿勢を持つべきである．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										処方番号1と2の薬が交差して調剤されているとの指摘が看護師よりあり、再調剤し交換した．	入院患者用薬袋には，薬名が印字されるため再度確認をして調剤する必要がある．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										看護師より服用量の違いを指摘され、確認をして訂正した．	処方箋内容をより一層慎重に確認をして行うように厳重に注意した．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										アドソルビンを12包に分包すべきところ14包に分包した．再調剤し交換した．	分包数を確認して調剤を行う．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										クラリスD.Sを28包に分包するところ14包に分包したが，再調剤をして交換した．	散薬分包機に分割包数を入力する際に，処方せんおよび薬袋の確認を徹底する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										21:30　眠前薬ハルシオン2錠内服され、ベッド上で安静にされていた．22:10　喫煙所に行こうと病棟で廊下に出たところ、転倒された．転倒の音に気付き駆け付けると長座位の形で廊下に座っていた．廊下に出るまではちゃんとできていたが，廊下に出たとたん、ふと義足をしている気になった．患側で踏ん張ろうとし転倒した．と言われた．	青年期の男性であり、リハビリでも松葉杖でうまく歩行できていたため安心していたが，眠剤の服用後であること、夜間で暗かったことが考えられ、夜間は車椅子の使用、また、眠剤の内服後は喫煙しないことを本人と話した．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					ラシックス	ラシックス	錠剤	錠剤	20mg	無投薬	カルテと薬品の確認	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー					フルタイド	フルタイド				薬包に穴を器械が開け、吸入されるようになっていたが，吸入された薬包に穴が2箇所開いていた．1回は吸入されていなかったことになる．	吸入前に穴が開いているかどうか確認し，患者にも確認するように指導する．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ、30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										5FUの入ったアミノフリードの上下の開通を忘れて投与．気がつかず、終了．	開通時に印を付けていく	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞが上下開通してなかった	やったつもり、思いこみは危険であるため必ず最後まで確認をする．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞの上下室を開通しなかった	開通したことがわかる工夫が必要	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										IVH（トリプル）ライン挿入中の患者さんで、FOYの流れているラインに誤って抗生物質を側管からつないだために、ラインが詰まってしまった．	薬剤の性質上、配合変化をおこしやすいとわかっていたにも拘わらず、つながれているラインを勘違いしてしまった．一目でラインの区別が付くように常にラインを整理しておく．また、側管からつなぐときに再度確認をしてからつな	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										苗字に二人とも竹がついており、配薬箱が隣り合わせに並べてあった．内服薬の一部を違う患者さんに配薬し患者さんより間違っている事を指摘された．	同じような名前を並べておかない．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										一日毎配薬していた患者であった．昼食後薬を内服させ、前日にも夕食後薬を昼に内服しており、誤って内服しないようオーバーテーブルの端に薬を置いた．しかし、15時訪室した時には夕食後薬を既に服用されたあとであった．	病識の薄い患者であり、前日にも同様の誤薬があったこと、また、内服しないよう配慮したつもりだったがオーバーテーブルの上では、患者の手の届く場所であり不確実であり判断に誤りがあったと反省される．翌日より毎食後配薬する事とした．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										薬剤の内容は同じだったが、ボトルの名前が違った	患者毎に点滴をベットサイドに持って行くときはトレーに1つずつ持っていく．施行前にボトルと名前を確認する．患者に名前を確認する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										キロサイド終了後生食を2/Hでルートキープ中だった．翌日、9時より主治医にてキロサイドにて史着した．患児の部屋の巡室時シリンジが切り替わっていることは確認したものの補液の速度を怠っていた．自宅に帰ったところ主治医より電話があり、5/Hで施行するところを、2/Hになっていたことを	目で見て、声出し、指指し確認を徹底する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										c－バラの保管が冷蔵庫にて、伝票を見ていなかった為、準備時いれわすれた．	病棟内で、冷蔵庫に入れる薬品があることが解かるようにした．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										薬袋に止めてある処方箋と薬袋に書いてある患者名が違っていた		
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										一日分毎の注射薬調剤（薬袋方式）において、薬袋が複数枚になるため減らしてまとめようとした際、患者名が同姓類似名であったため、本来の患者の薬袋に正しく入っていた注射薬を別の患者の薬袋に入れてしまった．病棟看護師が気付いて使用しなかった．（両患者は同一病棟）	注射薬調剤は機械化（薬袋方式）しており、病棟毎に五十音順の患者名で連続して調剤されてくる仕組みになっていて、両患者は同姓類似名で連続していたため同一患者と勘違いしてしまったものと思われる．五十音順ではなく患者ID順に調剤する仕組みに変更予定．また、薬袋が多くなっても入れ替えたりしないこと	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										すべ患者に、術後感染予防のためフルマリン注後に経口抗生剤を投与するはずだったが、処方されていなかった．薬剤師が服薬指導時に気がつき、看護師および医師に確認し処方忘れが発覚した．医師より至急で処方依頼を出した．	今後も、注意深く問題点を医療者に提起し、事故を未然に防げるよう努力する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										主治医より散薬に分包誤差があるとの指摘を受けた．患者の家族の話によると、60包のうち1包だけ量が少ないものがあったとのことだった．直ちに、1包を再調剤し交換した．	散薬分包機は、分包開始直後の1包目が少なくなることがある．機器メーカーに依頼をして、散薬分包機の分包精度を改良するとともに、分割分包後の誤差確認をさらに徹底する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										患者より散薬に分包誤差があるとの指摘を受けた．患者の了解を得て、再調剤したものを速達にて郵送した．	薬剤の1包量が約0．3mgと少量のため、分割分包時は、細心の注意を払う．今後、分割分包後の誤差検査をさらに徹底する．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										病棟よりグルコサンK散21包のところ28包しか調剤されていないとの指摘を受けた．直ちに確認をして再調剤した．	注意を払い調剤業務に従事する	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										病棟看護師より10%ヨードチンキ液の色が薄いとの指摘を受けた．製剤品を回収し新しいものと交換した．	製剤の調剤過程を考えると、担当者が調剤時に撹拌を十分に行わなかった可能性がある．製剤調剤時には十分な撹拌がなされていることを確認する．分注前より後のほうが確認が容易なため、分注後の確認を徹底することを申し合わせた．	
ヒューマンエラー	ヒューマンエラー										看護師よりバナルジン錠の中に1錠プリンペラン錠が入っていたとの指摘を受けた．正しい薬を病棟に届けた．	鑑査を行った際に、に見落とし鑑査を終えてしまった．時間に余裕がなくても、十分に確認する必要があった．今後は十分に注意して鑑査を行う．	
ヒューマンエラー／剤形違い	外観類似										同じ抗生剤を準備しコールで呼ばれて思わず別の人のボトルをつないで知った．	確認不足	
不明	?					ラシックス	ラシックス						
不明	?					マグテスト	マグテスト	10ml	ml	10mL		事前に準備せず、その都度確認すること．	
不明	伝達ミス										与薬忘れとなり、後から服薬となってしまった．	与薬の内容・方法が周知されなかった．薬の配置場所が統一されていなかった．	
不明	?										メーターを書き換えていなかった		
不明	?											服薬の確認徹底	
不明	?											介助等手順の徹底	
不明	?											医薬品の管理の徹底	
不明	管理											コンピューター管理で日切れが即座に分かるようにする	
												確認事項の徹底	
不明	?											十分な確認を行いながら調剤するよう心がけ	
不明	?										病棟看護婦より用量違いを指摘され、再調剤をした．		
不明・管理が悪い	数量違い										処方された薬が1包多く薬袋に入り病棟に渡された		

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	８０ｍｇ	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	７０ｍｇ	３０ｍｇ2錠と10ｍｇ1錠を与薬のところ，３０ｍｇ2錠と10ｍｇ2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
名称類似	名称類似										△月○日，午前10時10分発行の注射処方を当大学の薬学部学生実習として取り揃えを行わせ，解説をしながら監査を行い交付した．２月1日朝，病棟看護婦より連絡が入り，ラクテックD注のところ，ラクテック注を交付したことがわかった．	「ラクテックD注は，病棟の常備薬を使用した」と病棟から薬剤部へ連絡が入った．交換分のラクテックD注をメッセンジャー経由で病棟に交付、ラクテック注も同様に薬品補給室に返品してもらった．今後は，確実に薬品名をチェックする．	
規格違い	規格違い		エスクレ	坐剤	500mg	エスクレ	エスクレ	坐剤	坐薬	250mg	エスクレ坐剤250mgのところをエスクレ坐剤500mgで挿肛した		
規格違い	規格違い		ロヒプノール錠	錠剤	2mg	ロヒプノール錠	ロヒプノール	錠	錠剤	1mg	外来患者、ロヒプノール錠1mgが処方されていたがロヒプノール錠2mgを払いだしてしまった．患者本人が違うのに気づき自分で半錠にして服用していた．来院時に薬を受け取る際に指摘された．以前に2mgと1mgの両規格を服用していたとのことで病院に連絡無く半錠にして服用していた．	原因：処方日数が11日分と不規則な日数であったのでそちらに気をとられてしまった．	
薬効類似	薬効類似		デパケン	錠剤	100mg	テグレトー	テグレトール	錠剤	錠剤	100mg			
規格違い	規格違い		デパケンＲ錠	錠剤	200mg	デパケンＲ錠	デパケン	錠剤	錠剤	100mg	規格違いで払い出した		
勘違い	外観類似		プレドニン	錠剤		ボルクレン	ボルクレン	錠剤	錠剤		鎮痛剤を与薬車より取り出す際、良く確認しなかった		
規格違い	規格違い		アタラックス		25mg	アタラックス	アタラックス			50mg			
勘違い	外観類似		硫酸ｱﾄﾛﾋﾟﾝ	注射薬		アタラックスP	アタラックス	注射薬	注射液		救急カートから薬品を取り出す際取り違えた		
規格違い	規格違い		リスパダール	錠剤	1mg	リスパダール	リスパダール	錠剤	錠剤	2mg			
規格違い	規格違い		レボトミン	錠	25mg	レボトミン	レボトミン	錠	錠剤	5mg	看護師より調剤過誤の指摘を受けた．	2剤は同じ引き出しにあったので調剤棚を移動した．また、粉重かつ正確に調剤することとした	
規格違い	規格違い		リドカイ	動脈	300mg	リドカイン	リドカイン	静脈	静脈	200mg			
規格違い	規格違い		高比重マーカイン	アンプル	4mL	等比重マーカイン	マーカイン	アンプル	アンプル	4mL	脊椎麻酔を実施する際、等比重マーカインを注射器に吸い取る際に、介助看護師に「等比重」と伝えたが、「高比重マーカイン」が取り出され、「高比重マーカイン」を「等比重マーカイン」と思い込んで3ml注入してしまった。	「等比重マーカイン」と「高比重マーカイン」は聴覚的に誤認しやすい．	
勘違い	名称類似		ワソラン	注射剤	5mg　2mLA	ワゴスチグミン	ワゴスチグミン	注射剤	注射液	0.5mg 1mLA	手術部からの注射請求で、ワゴスチグミン10Aの請求があったが、ワソラン10Aを払い出してしまった。	思い込みと他のことに気を取られていたのが原因と考えられた．	
その他	管理		ミドリンＰ	点眼薬	10mL	クラビット点眼	クラビット	点眼薬	点眼液	0.5%　5mL	ミドリンPとクラビットの保存場所が異なるが、同じ場所に保存されていた．クラビットと思いこんで、ミドリンPをとりだしてしまった．	取り出すとき、薬剤の確認をしなかった．薬剤の保存場所の正しい管理が必要である．	
勘違い	外観類似		サンコバン	点眼液		ニフラン	ニフラン	点眼	点眼液		隣同士であった		
剤形違い	剤形違い		フラビタン	点眼液	5mL	フラビタン	フラビタン	点眼軟膏	点眼軟膏	5g	軟膏を処方すべき所点眼液を調剤		
勘違い	名称類似		メチコバール	アンプル	500μg 1mL	メキシチール	メキシチール	アンプル	アンプル	125mg　5mL	注射薬の定時請求でメチコバールとメキシチールが処方されていたが両方ともメチコバールを調剤してしまった。	集計がメチコバールになっていた．メキシチールはメチコバールに比べて処方されることが少ない．	
規格違い	規格違い		ラシックス	錠剤	40mg	ラシックス	ラシックス	錠剤	錠剤	20mg	２０mgでの指示を４０mで払い出した．検薬でも引っかからなかった．数日間そのまま与薬された．数日後の与薬時看護師が気付き間違いがわかった．血液データーに異常は認められなかった．	処方箋を良く見て薬歴には特に注意する．検薬者は間違っているかも知れないと言う目で検薬する．	
規格違い	規格違い		ラシックス		20mg	ラシックス	ラシックス			100mg			
勘違い	外観類似		ﾌﾟﾛﾌﾟﾚｽ	錠	4mg	ｶﾌﾞﾗｯｸ	ルブラック	錠	錠剤	4mg			
その他	?					アーチスト	アーチスト	散剤	散剤		追加処方されたアーチストの散剤をジゴシンの散剤といっしょに1つの薬袋に入れて自己管理にしたところ、以前から服用していたジゴシンのみ服用していた。	十分な服用説明	
規格違い	規格違い		オドリック	錠剤	1mg	オドリック	オドリック	錠剤	錠剤	0.5mg			
記号違い	記号違い		カプトリル錠	錠剤	12.5mg	カプトリルＲカプセル	カプトリル	カプセル	カプセル	18.75mg	配薬後、患者さんの父より、カプトリルＲカプセルのところに、カプトリル錠が入っていたとの指摘があった．	処方箋の確認不足であり、よく見て確認する．	
規格違い	規格違い		ﾆﾊﾞｼﾞｰﾙ	錠	2mg	ﾆﾊﾞｼﾞｰﾙ	ニバジール	錠	錠剤	4mg			
規格違い	規格違い		アムロジン錠	錠剤	2.5mg	アムロジン錠	アムロジン	錠剤	錠剤	5mg	外来から、アムロジン5mgのところ，２．５mgが来ていたと患者さんから言われたと連絡があった．外来に行き、お詫びして、アムロジン5mgをお渡しした。その際、患者から、いつもの半分の量が来たのは分かっていたが残薬を飲んでいたとの話があった。	アムロジンの下に記載されていた薬剤が２５mgだったので，２．５mgを出してしまった．	
その他	外観類似		ヘパリン	注射薬		シグマート	シグマート	注射薬	注射液		シグマートもヘパリンも同じ生理食塩水１００ｍｌで溶解していたため、シグマート追加時誤ってヘパリンを追加した		
名称類似	名称類似		ﾉﾙﾊﾞﾃﾞｯｸｽ	錠剤	10mg	ﾉﾙﾊﾞｽｸ	ノルバスク	錠剤	錠剤	5mg	与薬ｵｰﾀﾞｰに入力の際、３文字入力（ﾉﾙﾊﾞ）をしたが、外来と病棟では表示される薬剤が異なる．外来ではﾉﾙﾊﾞｽｸが一番上に表示されるが病棟ではﾉﾙﾊﾞﾃﾞｯｸｽが表示されるため、思い込みで一番上をｸﾘｯｸし間違った処方をした。		
勘違い	名称類似		ﾍﾙﾍﾞｯｻｰR	ｶﾌﾟｾﾙ	100mg	ﾍﾞｻﾄｰﾙSR	ベサトール	錠	錠剤	100mg			
勘違い	外観類似		ロピバカイン		1mL	エフェドリン	エフェドリン				エフェドリンを投与しようとして間違って局所麻酔薬のロピバカインを静脈内に投与した		
剤形違い	剤形違い		ビソルボンシロップ			ビソルボン吸入液	ビソルボン				患者本人より電話にて薬剤の味が違うとの指摘を受けた．	ビソルボン吸入液とシロップは同じ棚に置かれているので、別の棚に置き区別し、棚とキャップに注意を促すラベルを貼ることとした。	
勘違い	外観類似		ダーゼン	錠剤		ムコソルバン	ムコソルバン	錠剤	錠剤		ムコソルバンの処方にたいしてダーゼンを調剤		
勘違い	名称類似		テルロン	錠剤	0.5mg	テオドール	テオドール	錠剤	錠剤	100mg	テオロングが処方されたが、別の薬剤師が当院では採用されていないのでテオドールに処方変更してもらうように連絡した。しかし、テルロンを調剤してしまった．	薬剤名を読み違え、似たような名前の採用薬を思い込みで調剤した．	
薬効類似	薬効類似		ラックビー	微粒		ビオフェルミンR	ビオ	細粒	細粒		薬効がにているために勘違い		
その他	?					アルサルミン2.0　ケイ酸アルミン3.0　カマ1.5		粉末	粉剤		盲人・弱視のご夫妻宅のテーブル上の薬杯に薬を準備し、薬の数と置き場所を説明した．ご主人より「俺の胃酸が見つからない」と連絡があり探していると「オレが食ったよ」と奥さんが舌を出されオブラートの解けかかった物が発見されたがアットいう間に嚥下された．奥さんのは服薬介助していた．	1．ご主人の薬をテーブルに置くことは本人の了解を得て申止 2．ご夫妻の食事終了後に持参し服薬介助 3．配偶者が癌罹症の夫婦の与薬に関する危険性の調査	
薬効類似	薬効類似		ｱｼﾉﾝ	ｶﾌﾟｾﾙ	150mg	ｱﾙﾀｯﾄ	アルタット	ｶﾌﾟｾﾙ	カプセル	75mg			
規格違い	規格違い		ガスターＤ	錠剤	20mg	ガスターD	ガスター	錠剤	錠剤	10mg			
規格違い	規格違い		ザンタック錠	錠剤	150mg	ザンタック錠	ザンタック	錠剤	錠剤	75mg	ザンタックの規格間違え、調剤した		
名称類似	名称類似		ムコダイン	錠		ムコスタ	ムコスタ	錠	錠剤		患者よりいつもと違う薬剤が処方されているとの電話があった．手持ち薬があったので、次回来院時交換することとした．	調剤および鑑査を厳重かつ慎重にすることとする．	
剤形違い	剤形違い		ﾍﾟﾘﾁｰﾑ	細粒	1g	ﾍﾟﾘﾁｰﾑ	ペリチーム	ｶﾌﾟｾﾙ	カプセル	0.4g		ｶﾌﾟｾﾙは同効薬があるため削除も検討	
勘違い	外観類似		トフラニール	錠剤		プルセニド	プルセニド	錠剤	錠剤		錠剤がよく似ているため		
名称類似	名称類似		ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ	錠剤	5mg	プルセニド	プルセニド	錠剤	錠剤	12mg			

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
勘違い	外観類似		バイアスピリン	錠剤	100mg	ブルゼニド	ブルゼニド	錠剤	錠剤	12mg	ブルゼニドの処方が出ていた患者さんに，バイアスピリンを処方してしまい，病棟で間違いに気づいた．	直前にバイアスピリンの処方があり，それにつられて出してしまった．	
薬効類似	薬効類似		サラゾピリン錠	錠剤	1錠500mg	ペンタサ錠	ペンタサ	錠剤	錠剤	1錠250mg	外来患者において，ペンタサ錠（250mg）処方のところ，サラゾピリン錠（500mg）を調剤．患者が気付いて服用はしなかった．	当日は疾患の関係上，ペンタサ錠，サラゾピリン錠の処方が多く，薬効も類似しているため，間違えたものと思われる．当該日には特に注意をすることが必要である．	
その他	名称類似		チラージンS	錠剤	50mg	チウラジール	チウラジール	錠剤	錠剤	50mg	退院時次回外来時にあわせて処方した追加分を確認不足による入力によって効果が反対の薬品を処方した．	確認不測と知識の不足処方時にた名前の薬の入力の注意と確実な薬品の知識の習得，上級医の確認必要	
規格違い	規格違い		チラーヂンS錠25μg	錠剤	25μg	チラーヂンS錠50μg	チラーヂン	錠剤	錠剤	50μg	患者さんから，今受け取った薬を車の中で見たら，25μgのものがはいっていたが，ずっと50μg1錠を飲んでいるという連絡があった．外来に問い合わせ，変更となった．	前回変更になった旨をオペレーターに連絡したが，入力が変更されておらず，そのまま出力された処方箋を出してしまった．	
薬効類似	薬効類似		サクシゾン		125mg	ソルメドロール	ソルメドロール			125mg	緊急時，ソルメドロール125mgの口頭指示をサクシゾン125mgで行った．		
名称類似	名称類似		プレセニド	錠剤	12mg	プレドニン	プレドニン	錠剤	錠剤	5mg	プレセニドのところプレドニンを調剤	処方箋、記載事項を再度確認	
その他	数量違い		プレドニン	錠剤	2mg	プレドニン	プレドニン	錠剤	錠剤	2mg	定時処方と臨時処方に同じくすりの入力のため16mgの過剰な投与が起こった．	定時処方と臨時処方時の手順の確認と連絡について医師と看護チームで話し合った．	
薬効類似	薬効類似		ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ	錠剤	5mg	ﾘﾝﾃﾞﾛﾝ	リンデロン	錠剤	錠剤	0.5mg			
規格違い	規格違い		イノレット30R	注射薬	100単位/mL	イノレットR	イノレット	注射薬	注射液	100単位/mL	イノレットRを調剤しなければならなかったが，イノレット30Rを調剤してしまった．	当直者のみの勤務帯で監査がいなかった．調剤後に本人が再度監査するなどの対応が必	
名称類似	名称類似		カリクレイン	錠剤	10 I.U	カルナクリン	カルナクリン	カプセル	カプセル	25 I.U		エラー防止の為、確認・照合は、指差し呼称を励行。	
規格違い	規格違い		ヒューマーカート3／7注／	v		ヒューマーカート3/7注300	ヒューマーカート	キット	キット				
規格違い	規格違い		ヒューマリンN(40単位/1ml)	バイアル瓶	40単位/1mL	ヒューマリンN(100単位/1mL)	ヒューマリン	バイアル瓶	バイアル	100単位/1mL	ヒューマリンN（100単位/1ml）が外来処方された患者に対し、ヒューマリンN（100単位/1ml）とインスリン（40単位/1ml）用注射器を払い出した．結果として，20単位の自己注射を実施する際に，50単位の自己注射を実施．一回は注射したものの、いつもと注射器が違うため病院に問い合わせ、事実が判明した．	インスリンおよびインスリン用注射器は、ともにコンピュータオーダーにより処方されるか、プリントアウトされた処方箋が、行数の関係上、両者が2枚の処方箋に別れ印字されてしまった．コンピュータシステムの検討が必要	
記号違い	記号違い		ヒューマリンN	バイアル	N－40	ヒューマリンR	ヒューマリン	バイアル	バイアル	R－40	高カロリー輸液内に混入するインシュリン指示を見間違いヒューマリンRのところ，ヒューマリンNを混入する	高カロリー輸液内にインシュリンに入れることは初めてであった．中途採用であり薬剤に関する新人教育機会に入っていなかった	
薬効類似	薬効類似		ペンフィルR30	注射剤	300単位	ヒューマリンR、ヒューマリンN	ヒューマリン	注射剤	注射液	400単位	糖尿病のためペンフィルR30でコントロールされていたが，妊娠に伴い，内科医からヒューマリンR、ヒューマリンNに切り替えの指示があり，担当医が紹介状を書いたが，当科医師がヒューマリンRを処方しようとしたとき，本人の持参薬（ペンフィルR30）がヒューマリンRと同等の効果があると判断してしまった．	インスリンに対する知識不足とRあるいはNという類似した名称に惑わされたため、速効型、中間型などの名称を薬剤にそえると良いと考える．	
薬効類似	薬効類似		ヒューマカート3／7注（300単位）	注射液	300単位 3mL/筒	ペンフィルN注（150単位）	ペンフィル	注射液	注射液	150単位 1.5mL/筒	外来から連絡があり、患者さんが来院され、昨日処方したヒューマカート3．7注（300単位）がペンフィルN（150単位）の間違いだったことがわかったので、処方を変更して欲しいとのこと．外来の人が来て、交換した．		
名称類似	名称類似		ウテメリン			メテナリン	メテナリン				子宮復古不全の患者に対し、オーダリングコンピュータにより「メテナリン」を選択しようとしたところ、誤ってウテメリンを処方入力した。		
名称類似	名称類似		メテナリン	注射薬 アンプル	1A 1mL中 0.2mg	ウテメリン	ウテメリン	注射薬 アンプル	注射液	1A 5mL中 50mg	メテナリンをウテメリンと同様の薬剤と思い、点滴ボトルに入れた．	薬剤名の語感が似ており、研修医は同じ薬剤だと思い込んだ．	
その他	名称類似		ホエスミン	液体	500mLボトル	ホエスミンアルコール	ホエスミンアルコール	液体	液剤	500mLボトル	ホエスミンとホエスミンアルコール（共に当施設薬剤部において製剤）のボトルを取り違えて使用しそうになった．	ボトルを外観で明確に区別できる工夫が必要．	
その他	外観類似		カトレップ	貼付剤	5枚/1袋	MS冷湿布	MS冷湿布	貼付剤	貼付剤	6枚/1袋	MS冷湿布処方のところカトレップを調剤．当事者本人が気付き、患者は使用しなかった．	包装形態、色、薬効が似ていたためと思われる．外見だけで判断しないよう注意が必要。	
規格違い	規格違い		エキザルベ		5g	エキザルベ	エキザルベ			100g	規格が複数ある薬剤を調剤し、そのことを病棟看護師より連絡があった．	多規格があるものは確認して調剤することが重要である．また、現在の処方せんは、薬品名、規格の順に印字されているため、錠剤で用いられている方法のように薬品名の前に規格を印字する形式にし注意を促すことを検討中である	
規格違い	規格違い		アルファロール	錠剤	0.25	アルファロール	アルファロール	錠剤	錠剤	1.00	アルファロール（1.00）錠を調剤すべきところ、誤ってアルファロール（0.25）錠を個数分調剤した．帰宅した患者が発見．		
勘違い	外観類似		セルベックスカプセル	カプセル剤	1カプセル 50mg	メチコバール	メチコバール	錠剤	錠剤	1錠500μg	セルベックスCapとメチコバール錠の処方において、セルベックスCapを重複調剤し、メチコバール錠の調剤漏れを生じた．	常に再確認をすることが大切である．	
名称類似	名称類似		ビタメジン静注用	バイアル		ビタシミン注	ビタシミン	アンプル	アンプル	500mg	注射薬払い出し時にビタシミン注1A注処方されていたところ、ビタメジン静注用1Vをはらいだしてしまった	ソルデム3A、ビタシミン注（VC）、ビスラーゼ（VB2）注の処方がされておりソルデム3A、ビタメジン注、ビスラーゼ注のビタミンB1，B2，B6，B12の処方のパターンが多く思いこみ、および処方を良く読む注意力に欠けていた．常に処方を注意深くみることを心がける	
薬効類似	薬効類似		フェログラデュメット	徐放錠		フェロミア	フェロミア	錠	錠剤				
その他	名称類似		キドミン	注射薬	200mL	キリット	キリット	注射薬	注射液	300mL	臨時請求分のキリット3Vのところに、キドミン3本を払い出してしまい、患者さんに投与しそうになったと病棟から連絡があった。	キリットとキドミンは配置が隣どうしであり、確認が不十分であった。	
外観類似	外観類似		メイロンP7%20ml	注射剤	7%20mL	ブドウ糖50%20ml	ブドウ糖	注射剤	注射液	50%20mL	ICUよりメイロンP7本の請求があったがブドウ糖7本を間違って払い出した．	剤形が似ていることもあり、思いこんでしまった．落ち着いて払い出す．	
外観類似	外観類似		大塚生理食塩液	ボトル	100mL	大塚5%ブドウ糖液	ブドウ糖液	ボトル	ボトル	100mL	大塚5%ブドウ糖液を用いて溶解する薬剤を誤って大塚5%生理食塩液で溶解した．患者に投与する前に気づいた．	複数確認の徹底	
その他	外観類似		PNツイント ヒューマリンR＋ネオラミンマルチ	IVH		PNツイントネオラミンマルチ	PNツイン	IVH	IVH		22時点滴更新の患者様が2名おり，外観は同じだが混入薬品の異なる点滴を名前を十分に確認せずに間違ってつないでしまった．当該患者さまから名前が違うと連絡を受ける．	点滴の内容を十分に把握することと、実施前には必ず氏名を確認することを徹底していく	
その他	外観類似		PNツイン2号＋ヒューマリンR＋ネオラミンマルチ	IVH		PNツイン2号＋ネオラミンマルチ	PNツイン	IVH	IVH		22時に点滴を交換する患者様が2人おり外観は同じであったが，1人にはヒューマリンが混入されていた．氏名を確認せずに間違えて交換し朝まで気付かなかった．	外観が同じでも中身が違うことをしっかり認識し実施前に十二分に氏名を確認する習慣をつける。	
外観類似	外観類似		プロテデミン12			アミゼットB	アミゼット						
名称類似	名称類似		アミノフリード			アミノトリパ	アミノトリパ						

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	８０ｍｇ	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	７０ｍｇ	３０mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，３０mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
その他	ヒューマンエラー				500mL	アミノトリパ	アミノトリパ				アミノトリパの隔壁開通させず、実施．アミノ酸入らず．	原因は、うっかりしていた．必ず、点滴ボトルの確認も行うよう、周知．ポスターの配布．点滴は、準備の際に様々な方法になってきており、間違いを増やしている。医薬品会社は、様々な使用方法を医師や薬局には説明するが、準備を行う看護師にはどこからも一切説明がなく、口伝えの現状である．	
名称類似	名称類似		トリフリード	注射薬	500mL	アミノフリード	アミノフリード	注射薬	注射液	500mL	名前が似ていた為間違えた		
その他	ヒューマンエラー					ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞ	アミノフリード				隔壁を開通させていなかった	隔壁を開通させるよう表示はあるが小さいので、注意を喚起するように目立つ表示にしてはどうか．	
その他	ヒューマンエラー					ビーエヌツイン	ビーエヌツイン				点滴交換時、2層を混入せず、そのままいった	確認をする．点滴ルートの確認をする	
規格違い	規格違い		ユニカリック２０００	点滴		ユニカリック１０００	ユニカリック	点滴	点滴		薬剤部がユニカリック２０００と１０００を間違えて払い出した．	ユニカリックには１０００と２０００があることを再認識する。業者に対し、規格の表示をわかりやすく改善してほしい。	
その他	ヒューマンエラー		アミノフリード	点滴	500mL						隔壁を開通せず、実施．	隔壁開通の点滴であることに気づかなかった．隔壁開通のものと、そうでないものなど点滴の実施方法がまちまちなので、やめてほしい．または、統一してほしい．	
勘違い	名称類似		アドナ５０ｍｇ	アンプル	50mg 10mL	アデラビン９号２ｍｌ	アデラビン	アンプル	アンプル	2mL	アデラビン９号２ｍｌ１A請求のところ、アドナ５０ｍｇ１Aを調剤してしまった．	伝票の薬剤名が隣り合っており、読み間違えた．	
外観類似	外観類似		１０％ブドウ糖２０ｍｌ	注射剤	10% 20mL	１０％塩化ナトリウム ２０ｍｌ	塩化ナトリウム	注射剤	注射液	10% 20mL	外来からの請求で１０％塩化ナトリウム１本が請求されていたが、１０％ブドウ糖１本を払い出してしまった．	同じ請求伝票内に、５０％ブドウ糖 ２０ｍｌが記載されており、思い込みで払い出してしまった．	
記号違い	記号違い		ＫＮ１Ｂ	ｿﾌﾄﾊﾞｯｸ	500mL	ＫＮ１Ａ	KN	ソフトﾊﾞｯｸ	ソフトバッグ	500mL	点滴の準備をする際ボトルを間違えて取りだした	ボトルには1A、1Bと記載されているが、類似している．色を変えるなどヒューマンエラー対策を講じていただきたい	
記号違い	記号違い		ソリタT3号補液	プラボトル	500mL	ソリタT1号補液	ソリタ	プラボトル	プラボトル	500mL	ソリタT1号補液を投与するために薬品戸棚よりボトルを取り出したところ、ソリタT3号補液であった．そのまま充分な確認をせず患者に投与した．	薬品準備段階での複数確認と投与直前の確認の徹底．薬品戸棚の配列の検討．	
記号違い	記号違い		ソリタＴ３Ｇ	点滴	500mL	ソリタＴ３	ソリタ	ソリタＴ３	ソリタＴ３	500mL	ソリタＴ３ 500ml接続のところソリタＴ３Ｇ 500ml接続		
記号違い	記号違い		ソルデム３ＡＧ		500mL	ソルデム３Ａ	ソルデム			500mL	他の人が薬剤を処置台に準備していて、当事者が点滴を患者のところまで運び施行	他の人の準備したものを信用し注射薬と確認ができていない。	
外観類似	外観類似		５%ブドウ糖ＴＮ	点滴		生食ＴＮ	生食				抗生剤溶解時、溶解液を取り間違えて作成し、投与直前に発見		
名称類似	名称類似		補正用塩化カリウム	アンプル	20mL/A	補正用リン酸２カリウム注	カリウム	アンプル	アンプル	20mL/A	補正用リン酸２カリウム注３Ａ出すべきところ、１モル塩化カリウム注３Ａを払い出してしまった．看護師が気づき、病棟担当薬剤師が誤ったものを持ってきて、正しいものと交換した．	塩化カリウム１モルが、補正用塩化カリウム液に切り替わったため、補正用に気を取られてしまった．	
規格違い	規格違い		ヘパフラシュ	１０００Ｕ	10mL	ヘパフラッシュ	ヘパフラッシュ	１００Ｕ	不明	10mL			
その他	名称類似		ヘパリンロック千u		10mL	ヘパリンフラッシュ千u	ヘパリンフラッシュ			10mL	ヘパリンフラッシュが調剤されることは殆ど無く思いこみによる間違い		
規格違い	規格違い		ワーファリン	錠剤	5mg	ワーファリン	ワーファリン	錠剤	錠剤	1mg	規格が未記入であったので、確認しないで5mgと記載した．	監査時に未記入の場合は、必ず医師に問い合わせをし確認することを徹底する．	
薬効類似	薬効類似		ﾊﾟﾌｧﾘﾝ81	錠剤	81mg	ﾊﾟｲｱｽﾋﾟﾘﾝ	バイアスピリン	錠剤	錠剤	100mg		保管場所を変更する	
名称類似	名称類似		プロパンサイン	錠剤		プロサイリン	プロサイリン	錠剤	錠剤	20マイクログラム	提示処方薬が処方と一致していないとの連絡があり確認したところ調剤過源が確認された	二重監査の徹底	
規格違い	規格違い		ダイアニールＰＤ４	ツインバック	2.5%2L	ダイアニールＰＤ４	ダイアニール	ツインバック	ツインバック	1.5L			
規格違い	規格違い		ミッドベリックＬ１３５ ２Ｌ（排液バック付き）		排液バック付き	ミッドベリックＬ１３５ ２Ｌ（排液バックなし）	ミッドベリック			排液バックなし	ミッドベリックＬ１３５ ２Ｌ（排液バック付き）を発注したが、排液バックなしの製材が納入され、それに気づかず、病棟に搬送してしまった．納品伝票もバック付きで検	包装が似ており、「排液バック付」は両側に小さな字で表示があり、「排液バックなし」は表示がなく、一見すると見分けが付かない．また、「排液バックなし」は臨時採用品であり、複数規格が存在したことも一因と考えられる．	
規格違い	規格違い		メイロン８４	注	20mL	メイロン８４	メイロン	注	注射液	250mL			
規格違い	規格違い		メイロン注	アンプル	20mL	メイロン注	メイロン	バイアル	バイアル	250mL	メイロン注２５０ｍｌが処方されていたが、メイロン注２０ｍｌを払い出してしまった．	原因：処方に２５０ｍｌと記載されていたが、見落としにより頻度が多く出ている２０ｍｌを払い出してしまった．改善点としては、処方箋に打ち出される文字の規格部分をより目立つように訂正する	
勘違い	名称類似		アドクノン			アデノック	アデノック				アデノックと入力するところアドクノンと入力し処方した	オーダリング画面において五十音順に薬剤名が表示されるため	
規格違い	規格違い		エフオーワイ	注	500mg	エフオーワ	エフオーワイ	注	注射液	100mg			
記号違い	記号違い		ユーエフティ	カプセル		ユーエフティ	ユーエフティ	顆粒	顆粒	0.75g/包、20%	ユーエフティ顆粒3包のところをユーエフティカプセル3Cで払い出した		
名称類似	名称類似		タキソテール			タキソール	タキソール						
その他	外観類似		アイソボリン	バイアル	25mg	ベプシド	ベプシド	バイアル	バイアル	100mg5mL	ベプシドの箱の中にアイソボリンが混入していたのに気づかず、ベプシドの請求にアイソボリンを払い出してしまった．	キャップの色と形が全く同一であった．メーカーに改善を要求するとともに、キャップに日印を付けるようにした．	
勘違い	外観類似		タキソール		240mg	パラプラチン	パラプラチン			240mg	パラプラチン240mgのところをタキソール240mgで払い出した．パラプラチン240mg(総量）の指示がタキソール240mgとして薬剤科から総量に見合う分のバイアルとして払い出されて、メッセンジャーにより病棟に運ばれ、病棟で薬品が違う（バイアルが違う）ことに気が付かれた．薬剤科において単に勘違いされたとしかわからない．調剤時の環境整備については問題はないと思われるが、調剤時に病棟業務により薬剤科での人員が少なかったことは報告されている．		

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
勘違い	外観類似		アスベリン散	散剤	0.1	ベリアクチン散	ベリアクチン	散剤	散剤	0.01	外来患者で，ムコダイン細粒・メプチン顆粒・ベリアクチン散の処方において，ベリアクチン散のところ，アスベリン散で調剤．患者の家族が色が違うとのことで気付き服用はしなかった．	本件のような処方の組み合わせはないため，勘違いしたものと思われる．バーコードによる散剤監査システムを検討している．また，個人毎の注意力も必要である．	
数量違い	数量違い		テルギンG	ドライシロップ	0.001						テルギンGO．1%ドライシロップ1．6g(1110．4mg，3~4日分）の処方に対して2．0g秤量した．		
名称類似	名称類似		アテレック	錠剤	5mg	アレロック	アレロック	錠剤	錠剤	5mg			
名称類似	名称類似		アテレック	錠剤	5mg	アレロック	アレロック	錠剤	錠剤	5mg	監査時に誤りに気づき再調剤		
剤形違い	剤形違い		塩酸バンコマイシン	注射用		塩酸バンコマイシン	塩酸バンコマイシン	内服用	内服用		バンコマイシンを経口投与時，誤って注射用バンコマイシンを準備し投与しそうになった		
剤形違い	剤形違い		静注用バンコマイシン	バイアル		経口用バンコマイシン	バンコマイシン	バイアル	バイアル		経口用バンコマイシンを静注用バンコマイシンと勘違いし，静脈投与しそうになった．	バイアル瓶は注射用という思いこみ	
その他	数量違い		アミカシン	バイアル瓶	200mgのうち150mg	アミカシン	アミカシン	バイアル瓶	バイアル	200mgのうち50mg	アミカシンバイアル瓶200ミリグラムを溶解し50ミリグラムずつ1日2回投与の指示であった．病棟ルールでは，バイアル瓶に残っている残量をバイアル本体に記載することとなっていたが，1回目に使用した看護師が誤って「使用した量（50ミリグラム）」と記載した．2回目に投与する看護師は，残量が50ミリグラムと誤認し，実際は150ミリグラムを投与した．	バイアル瓶を分割使用する際の，病院としての統一ルールが必要．	
その他	ヒューマンエラー				1g	スルペラゾンキット	スルペラゾン				溶解されずに投与されていた	形体として大変良いキットシステムではあるが，溶解忘れに対する工夫があれば良い	
同一規格	名称類似		セフメタゾン	注	0.5g	セファメジン	セファメジン	注	注射液	0.5g			
判定不能	外観類似		ベントシリン			セフメタゾン	セフメタゾン					声に出して確認する．	
同一規格	外観類似		カルペニン点滴用	注射剤	1瓶0.25g	チエナム点滴用	チエナム	注射剤	注射液	1瓶0.25g	チエナム点滴用（0．25g）1瓶処方のところ，カルペニン点滴用（0．25g）1瓶で調剤．病棟看護師は薬品名が違うことにきづいたが，同系統の薬剤であったため1回分施用．その後同系統でも違うものであることがわかった．	調剤者は両剤は同系統であり，規格が0．25gで同じであったため，取り違えてしまったものと思われる．病棟では薬品名が異なる時は必ず確認することが大切である．	
規格違い	規格違い		フルマリン	V	0.5g	フルマリン	フルマリン	V	v	1g			
その他	ヒューマンエラー		セファメジン	ヴァイアル	1g	フルマリン	フルマリン	キット	キット	1g	詰めた生食を点滴台にぶらさげておいたが，他の抗生剤が隣にあり，点滴セットを接続する時に違う抗生剤をつないだ．抗生剤と止血剤の点滴と2つあり，ビギーで接続したため，思い込んだまま患者様に投与した．	抗生剤を溶解する時，ラインを接続する時，患者に接続する時患者名・抗生剤名を声を出して確認する．	
その他	外観類似		ボスミン	アンプル	1mg1mL	ホスミシン	ホスミシン	バイアル	バイアル	1g	払い出しの際，ホスミシンをボスミンと間違えた	注射箋の印字が見にくく，読み取れなかった．注射薬が6枚つづりであつく，めくりが悪い．注射箋の変更検討	
名称類似	名称類似		クラビット	錠剤	200	クラリシット	クラリシット	錠剤	錠剤		クラリジットを処方されていたが，クラビットを外来患者に渡した．服用してしまった後，患者からの問い合わせで発覚した．	確認． 非常によく似た名前なので，間違いがおきやすい．名前の変更をしてほしい．	
判定不能	外観類似		ネルボン	錠剤	5mg	バクタ	バクタ	錠剤	錠剤		飾コピー		
その他	名称類似		献血ヴェノグロブリン	注射（血液製剤）	2.5g 50mL	ポリクロビンN	ポリクロビン	注射（血液製剤）	注射液	2.5g 50mL	ポリグロビンN2本の請求があったが，読み違えて献血ヴェノグロビリン2本を病棟へ払い出してしまった．	他の科で献血ヴェノグロビリンが請求されており，それにつられて払い出してしまった．	
その他	名称類似		献血ヴェノグロブリン -IH	ボトル	2.5g	ポリグロビンN	ポリグロビン	ボトル	ボトル	2.5g	医師より「ポリグロビンN」の指示があり，伝票も「ポリグロビンN」にチェックしてあったが，薬剤部からあがってきたものは「献血ヴェノグロブリン」であった．	伝票の製造番号と物の製造伝票が同じであったため，品名を確認したかった．今後，製造番号，品名を薬剤と伝票で確認する．	
薬効類似	薬効類似		献血グロベニンI	注射薬	2.5g	献血ヴェノグロブリンIH	ヴェノグロブリン	注射薬	注射液	2.5g	献血ヴェノグロブリンIIIに対し献血グロベニンIを払い出した．	確認を行う	
勘違い	名称類似		日赤MAP血	パック	400	日赤洗浄赤血球	赤血球	パック	パック	400	当院中央輸血部に日赤洗浄赤血球の請求があったところ，日赤MAP血を病棟へ払い出した．病棟において日赤MAP血を日赤洗浄赤血球と思い込み，投与した．	輸血払い出しおよび患者投与時の声だし指差し複数確認の徹底	
勘違い	名称類似		ハベカシン	注射剤	100mg 2mL	バクトラミン	バクトラミン	注射剤	注射液	5mL	ICUより，バクトラミン二木が請求されていたが，間違ってハベカシン二本を払い出してしまった．	薬剤名が似通っているので思いこんでしまっ	
外観類似	外観類似		生理食塩液	注	20mL/A	注射用蒸留水	注射用蒸留水	注	注射液	20mL/A			
規格違い	規格違い		注射用蒸留水		20mL	注射用蒸留水	注射用蒸留水			100mL			
薬効類似	薬効類似		マグコロールP	粉末	50g	ニフレック	ニフレック	顆粒	顆粒		後でてニフレックのラベルをマグコロールPに貼って病棟へ払い出した		
規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	30mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	10mg	MSコンチン30ミリグラム錠を10ミリグラム錠と思い込み，3倍量を投与しようとした．	錠剤の明確な区分	
規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	10mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	20mg	MSコンチンが投与されている患者が外泊する際に，1日の服用量としてMSコンチン20mg2錠をわたすところをMSコンチン10mg2錠をわたしてしまった		
規格違い	規格違い		リン酸コデイン	粉末	20mg	リン酸コデイン	リン酸コデイン	粉末	粉剤	30mg	リン酸コデインが定時処方で30mg／回×4で処方さらに臨時処方で屯用20mgが処方され，同じ麻薬処方管理箱に収納されていた．処方箋を確認しながら屯用薬の袋から使用した	屯用薬と定時処方麻薬の収納場所を区別する．薬のナンバリング記号を変える．	
その他	管理		キシロカイン プリンペラン	ポリアンプル遮光アンプル	1% 10mL	塩プロ（キシロカイン、ラシックス）				1% 10mL	塩プロの指示にキシロカイン，ラシックスの指示にプリンペランを払い出した．	塩プロとキシロカインは同じ引き出しの手前と奥に入れてあるので取り違えた．ラシックスとプリンペランは返納薬をもとに戻す際に入れ間違えた可能性がある．いずれにしてもきちんとラベルを確認していないことになる．	
勘違い	?										PL顆粒1g分2、2日分の処方において，1包0．5gを全4包調剤すべきところ，1包1gを全2包（市販の予包剤）で調剤．病棟から包数が足りないとの連絡があり確認したところ，1包量及び包数の間違いが判明した．患者は1回分服用してしまった．	この製剤は1包1gの市販の予包剤が頻用されるため，用法・分量をよく確認せず，思い込みで調剤してしまったものと思われる．処方をきちんと読むことが大切	
その他	ヒューマンエラー										内服薬整理トレイ（病棟で統一の規格）を隣の患者のトレイと取り違え，配薬した．	配薬時の確認の徹底	
その他	外観類似										両剤とも白い薬剤だったため患者が気がつかず服用した．また，入院前はシート（PTP包装）にて調剤されていたが，入院後は1dose包装での調剤であったため，患者は去たん薬を胃薬と思い気がつかなかった．	両薬剤とも白い薬であること，入院後にPTP包装より1doseに変更されたことにより，患者は違う薬を服用していることに気がつかなかったと思われる．コンプライアンス，看護師による薬剤管理を考えると1dose包装は便利なものであるが，今回のケースでは，PTP包装なら患者自身が服用前に違う薬だと気がついた	
規格違い	規格違い										医師ならびに看護師が患者の持参薬が当院の規格と違っていることに気がつかず処方をしたため，半量しか投与されていなかった．病棟薬剤師が服薬指導時に気づき，すぐに再処方をした．	今回は，病棟薬剤師による早期の介入により，過誤を最小限に留めることができた．市販薬は含有量が複数あるものが多く注意する必要があるため，医師ならびに看護師は内容確認を徹底することとする．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
判定不能	ヒューマンエラー										エレース用水には内栓がなく，開封したのか未開封かわかりずらく，エレースを溶解していないのに気付かず投与	エレース用水に内栓を付けて欲しい	
その他	伝達ミス		フルイトラン1/2錠・アスパラK・バナルジン・ユベラ各1錠入りのバイルパッカー								A看護助手はX氏とY氏の薬を翌日の昼のまで準備の後、誤ってY氏のボックスに入れた．翌日のB看護助手はY氏のボックスから、X氏の薬が混じっているのを確認せず、Y氏と信じ準備．X氏の準備の際に「薬袋がない」と看護師に報告があり，昨日処方整理した看護師が看護助手に渡したことがはっきりしており，共に探し与薬前に発見す．	夕食配膳時間前に看護師が確認した薬を介護員に届け，夕食後薬として準備するのを止めて定期処方の場合は，翌朝食後から服用開始に調整する．	
その他	?										トイレに移動する際膝下を渡りきれず転倒	眠剤（ハルシオン）内服、高齢、長期入院による筋力低下、膝関節痛、脳梗塞病あり、事前に予測し、特に夜間の介護計画を立てるべきであった．	
判定不能	?		ムコソルバンシロップ	シロップ剤									
その他	数量違い		タガメット	注射薬	200mg/2mL/A						NICUでは、注射薬を10倍に希釈して使用している事が多い．本来希釈する指示を入力する時に忘れてしまったが，看護師の指摘で気付き実施されなかった．今回の事例報告を受けて，調査した結果1週間で，タガメットも含め5～6品の注射薬を10倍病棟で希釈して使用していることがわかった．	原因：医師が注射オーダー時に，10倍希釈のコメントを入れ忘れた．新生児用の規格の注射薬剤がなく，その都度大人用を希釈して使用しなければならない．対策：新生児用規格薬剤の既製品がほしい．院内の薬剤部で，希釈薬剤の製造を検討することとなった．	
その他	?										メトクロプラミド10mgの静注で錐体外路症状が出現したが，ミダゾラム2.5mgの静注で症状は改善		
判定不能	数量違い										数種類の点眼薬を左右にしていたが，左右共に薬剤が多かった		
勘違い	?										外来患者において、グランダキシン3錠、ドルナー3錠 分3の処方のところ、ドルナー錠を重複調剤し、グランダキシン錠の調剤漏れが生じた．患者が気付き服用はしなかった．	簡単な処方のため注意力が散漫になっていたものと思われる．注意力を喚起．	
その他	ヒューマンエラー										IVH，PN2号の与薬準備時，ダブルバックの開通をせずそのまま次の勤務者も気づかず終了 二時間前に気づく．	準備時必ず開通させ、点検時開通を確認する．	
その他	伝達ミス										病棟発行のお薬引換券（処方せん2枚）を持参し退院時の処方薬を受け取りにきたが，処方せん1枚分の薬剤のみを渡した．病棟に戻った際に気がつき，再度薬剤部に来た．	退院時のお薬引換券は手書きとなるため、処方せん枚数が記入してある場合でも必ず端末で確認することを行っており、必要とされる薬剤が患者の手元にあるか確認をすることを徹底する必要がある．また，引換券には処方せんの枚数の記入欄はあるが、オーダー番号の記入欄がないので今後設ける必要があると考える．	
その他	伝達ミス										患者の家族が退院処方を受け取りにきたが，薬剤が見当たらず再調剤した．その後，別の病棟に誤搬送されていたことが判明．	退院処方薬を薬剤部から渡す際には，受取者のサインをもらうことを検討している．また，メモだけではなく口頭での引き継ぎを徹底することとする．	
勘違い	?										病棟より処方取消の連絡が受けた際，誤って変更後の処方を取り消してしまった．看護師より薬剤が届いていないとの連絡で判明し，正しい薬剤を調剤した．	処方せんの削除の際は、処方番号および処方内容をよく確認することを徹底する．	
その他	数量違い										夜勤時間内に至急で処方入力された薬剤が14錠処方されなければいけないところ12錠しか処方されていなかった．不足分2錠を病棟に届けた．	夜勤時間中は、通常の業務時間内と異なり自分で調剤した薬を自ら検薬しなければならないため、通常の業務時間内より、一層の注意を払って調剤する必要がある．	
勘違い	?										薬の渡し間違え．日頃から、患者さんの名前を呼び返事を頂いてから薬を渡すことを励行してきたし、今回も同様であった．	患者の名前を大きな声で呼ぶことを徹底する．	
判定不能	?										薬種の違うものを調剤した．	科名、薬品名、数量をしっかり確認し調剤することを徹底する．	
勘違い	?										粉砕指示の薬剤が未粉砕のまま病棟に届けられた．	錠剤をあらかじめ薬袋に入れた者と、実際に調剤する者が違ったために起きた．この者が調剤に携わる必要はなく、また、連絡不行き届きが原因である．今後は、調剤者が自ら取り揃えるように徹底する．	
その他	数量違い										錠剤2種の梱包調剤のところ，1包3錠入ったものがあるとの連絡を病棟看護師から受けた．	梱包調剤は、熱圧パックする際に錠剤がはねてとなりのパックにまぎれやすい性質を持つ．調剤後、しっかり確認することが重要であるので徹底することとする．	
数量違い	数量違い										薬剤を減量する際に，用量を間違えて処方指示したことが患者本人の指摘によって判明した．	処方入力の際は別々に主治医と受け持ち医で確認する必要がある．また，看護師に減量スケジュールについての説明をする．	
その他	伝達ミス										退院患者より薬剤不足の申し出があり，確認できず再調剤した．翌日調査したところ，夜勤者が調剤ずみの薬剤を監査台に放置したまま帰宅，その後別の薬剤師によって廃棄処分されたいたことが	引き継ぎを確実に行うようにすることを徹底する．	
その他	伝達ミス										薬袋への服用方法の記載を誤ったため，正しい服用方法のものと交換した．	当院のオーダリングシステムでは，分割の用法は薬袋に印字されないため薬剤師が用法指示を記載している．したがって，記載時は慎重に行い，調剤時は再度確認する必要がある．	
判定不能	?		アモバン										
薬効類似	薬効類似		ｺﾝｽﾀﾝ	錠剤	0.4ミリ	ｺﾝﾄｰﾙ	コントール	錠剤	錠剤	5ミリ			
規格違い	規格違い		ダイアップ坐薬	坐薬	10mg	ダイアップ	ダイアップ	坐薬	坐薬	6mg	日勤にて看護師が、薬局からの薬を整理し、冷蔵庫に保管した．夜勤にて冷蔵庫に、準備されていた患者の坐薬をだしたら、mgのちがうものがあった．	処方箋との確認、薬局からの薬整理時の確認，看護師の、ダイアップのmgの違いがあることの、意識強化、専任リスクマネージャ便りにて、情報提供．	
規格違い	規格違い					ダイアップ坐薬	ダイアップ	坐薬	坐薬	6mg	保管場所よりダイアップ坐薬を出す時，薬剤師は，1種類だと思い出した．10mgの坐薬を出した．病棟看護師が，挿入準備時にmgのちがいにきづいた．	薬剤室で、おなじ引き出しにあったが、明示がはっきりしていなかったので、明示を大きくはっきりにした．mgの違いのあるものを、たざいの変えてはとの意見がある．	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
規格違い（院内製剤）	規格違い		フェノバール散		0．5g	フェノバール散	フェノバール			0．25g	フェノバール散の処方で1包0．25gのものを1回1包，1日2回服用するはずであったが，1包0．5gのものを調剤してしまった．病棟看護師が気づき薬剤部に連絡があり正しい薬剤と交換した．	1日量だけでなく1回の服用量にも注意して用法なども確認しながら調剤していれば，今回のようなことは防げた．今後，調剤者および監査者のともに確認を怠らないように徹底する．	院内製剤における問題
その他（伝達ミス）	伝達ミス		レンドルミン	錠剤	0．25mg	マイスリー	マイスリー	錠剤	錠剤	10mg	手術前日の麻酔前投薬として，麻酔科医よりマイスリー内服の指示が出ていたが，担当医から「麻酔科医の指示がなければレンドルミン内服」という病棟内での取り決めどおりの指示があり，レンドルミンを準備した．実際は，麻酔科医の指示が出ていたが，それを確認していなかった．	麻酔科の指示書を確認せず，自分のメモに頼って思いこんでいた．前投薬は与薬するときまで必ず指示書と一緒にしておく．　前投薬は21時頃行うが，与薬直前に再度確認するよう，取り決めを改正する．	伝達ミス
薬効類似・同一規格	薬効類似		セルシン	錠剤	5ミリ	マイスリー	マイスリー	錠剤	錠剤	5ミリ	緊急処方で自己監査を行い，間違った．		
名称類似	名称類似		マイスタン錠	錠剤	10mg	マイスリー錠	マイスリー	錠剤	錠剤	10mg	処方日当日，院外の調剤薬局より電話があり，本日はマイスタンで処方されているが，前回はマイスリーで処方されていたとのことで，処方医に確認したところ，入力誤りが判明した．	名前が似ており，規格も同じなので単純に入力ミスをしてしまったらしい．医師も印字された処方内容を確認していなかったと思われ	
勘違い	名称類似		メイアクト			メイラックス	メイラックス						
判定不能	?		アモバン										
規格違い	規格違い		テグレトール錠	錠剤	200mg	テグレトール錠	テグレトール	錠剤	錠剤	100mg	病棟より電話があり，薬剤100mg1錠のところ，200mg1錠が入っていたため，今回は病棟にて半錠にして対応することとなった．	A科の定時処方は一包化されるため，前回処方がコンピュータ入力されている．前回200mg1錠で入力されており，100mg1錠への変更に気づかなかった．	
剤形違い	剤形違い		リボトリール細粒	細粒	0．5%　1日1g（5mg）	リボトリール錠	リボトリール	錠剤	錠剤	0．5mg/1錠　1日1錠	調剤薬局から電話があり，0．5%リボトリール細粒1日1g（5mg）が処方になっているが，前回はリボトリール錠（0．5mg）1日1Tの処方だった．10倍量になるが，間違いないかとの問い合わせがあった．	オペレーターの入力ミス．前回手書き処方が今回誤って印字され，それを処方医が見逃してしまった．	
勘違い	?										デパケンシロップの1回服用量の札に実際量の倍量の指示をしたが，病棟看護師の連絡により修正した．	調剤および監査を慎重かつ正確にするよう徹底する．	
勘違い	外観類似		プルゼニド（pursennid）	錠		パラミヂン（paramidin）	パラミジン	カプセル	カプセル		パラミヂンがparamidin 2T 2xと誤記載(本来は2C)、処方され、pursennid 2T 2xと誤認、誤読され、プルゼニドが調剤、払い出された．投与前に発見された．		
勘違い	名称類似		フェルム	カプセル		フルカム	フルカム	カプセル	カプセル		フルカム2C，2xをフェルム2C，2xで調剤、払い出した．		
規格違い	規格違い		ベンタジン	注	30mg	ベンタジン	ベンタジン	注	注射液	15mg	ベンタジン15mg前注するところをベンタジン30mgで前注した．薬剤の性質上，保管場所は同じであったが，保管箱，定数は異なっていた．	患者には毎晩，ベンタジン15mgが前注されていたと報告されている．今回，ベンタジンの前注がなされたあと，深夜勤務への申し送りの際にベンタジンアンプル定数確認で30mgのアンプルが1A不足していることからベンタジン15mgではなく30mgが前注されたことに気が付かれた．30mgと15mgの保管箱は異なっており，ベンタジンを取り出す際にアンプルやmgまでの確認はしていなかったと報告されており，ベンタジンを取り出す時に間違いが生じている．連日前注が行われており，十分にアンプルでmgを確認することなく前注された可	
規格違い	規格違い		ボルタレン	坐薬	50mg	ボルタレン	ボルタレン	坐薬	坐薬	25mg	自己監査を行って交付し、看護師より指摘を受けいる		
剤形違い	剤形違い		ボルタレン	坐薬	25mg	ボルタレン	ボルタレン	錠剤	錠剤	25mg	監査時に誤りに気づき再調剤		
剤形違い	剤形違い		ボルタレン	坐薬	25mg	ボルタレン	ボルタレン	錠	錠剤	25mg	監査時に誤りが判明		
規格違い	規格違い		ボルタレン	坐剤	25mg	ボルタレン	ボルタレン	坐剤	坐薬	50mg	払い出し間違い	確認	
その他（伝達ミス）	伝達ミス		ボルタレンズポ	錠	50mg	ボルタレンズポ	ボルタレンズポ	錠	錠剤	25mg	病棟よりボルタレンズポ50mgから25mgに薬剤部へ修正メッセージがあったのに気がつかず、個数だけの変更と思い込み修正処理をした．病棟からの指摘があり正しい薬剤を届けた．		
規格違い	規格違い		ボルタレン坐薬		50mg	ボルタレン坐薬	ボルタレン			25mg	病棟よりボルタレン坐薬25mgのところ50mgで調剤されているとの連絡が薬剤部に入り、再調剤して病棟へ届けて交換する．	mg数を確認を徹底することとする．	
その他（説明不足）	?										緊急入院となった患者に激熱・多関節炎に対してナイキサン2CAP朝食後・就寝前内服加療を開始した．薬剤内服により症状改善があったため、患者の自己判断で2日間中止した旨本人より申し出があった．その際、内服薬の使用・中止は医師に確認の上、決定する必要があることを説明し、服薬中止のまま様子をみることとした．ところが，翌日関節痛があり再度自己判断で内服を再開してしまった．	ナイキサン内服の自己中止、自己再開をしてしまった患者に対し、投薬状況の把握が重要であること、薬の変更は医師に確認する必要があることを十分に説明し了承を得た．また、投薬状況・内服状況を医師がベットサイドに行った際に確認するとともに、看護師が薬の残数確認をし、ダブルチェックを徹底する．	
勘違い	?										病棟看護師よりレペタン坐薬10個のところ12個調剤されているとの指摘があり、2個回収した．	注意力の散漫によるチェックミスより生じたため、より一層の注意を払い調剤業務に従事することを徹底した．	
判定不能	伝達ミス．										ボルタレン錠（25mg）2錠　1×3日分（自費）からボルタレン錠（25mg）2錠　2×2日分（保険）に処方修正されたが用法の変更を見落として調剤してしまった．病棟からの連絡により正しい薬剤に再調剤した．	処方について疑義照会した場合、その事項だけでなく当該処方せん全体について変更の有無を確認することを徹底する．	
数量違い	数量違い										ボルタレン坐薬（50mg）1個、20Dを調剤した際に、20個を調剤するところ10個しか調剤しなかった．病棟から数の違いについて連絡を受けた薬剤師が処方を確認して不足分を追加調剤した．	処方せんを注意深く確認して、薬剤名、MG数、調剤するべき数について、今一度十分に確認する．	
薬効類似	薬効類似		ドバストン	カプセル	250mg	ネオドバストン	ネオドバストン	錠剤	錠剤	100mg	監査時に誤りが判明した		
規格違い	規格違い		セロクエル	錠剤	100mg	セロクエル	セロクエル	錠剤	錠剤	25mg	監査時に誤りが判明		
薬効類似	薬効類似		ソラナックス	錠剤	0．4mg	デパス	デパス	錠剤	錠剤	0．5mg	監査時に判明		
規格違い	規格違い		パキシル	錠剤	20mg	パキシル	パキシル	錠剤	錠剤	10mg			
規格違い	規格違い		アタラックスp	注射	50mg	アタラックスp	アタラックス	注射	注射液	25mg	アタラックスp25mgの指示に対して指示の注射薬が薬剤部より上がっていなかったために、常備薬の棚より準備した．その際50mgを25mgと思いこんだ．準備した者と実施者が違っていた．	改善策として常備薬より50mgを削除した．準備者が実施するように徹底した．準備、実施、終了の確認を徹底すること．	
規格違い	規格違い		アタラックスp	注射	50mg	アタラックスp	アタラックス	注射	注射液	25mg			
勘違い	外観類似		硫酸アトロピン（硫アト）	アンプル		アクラックスP(アタP)	アクラックス	アンプル	アンプル		助産師は、口頭指示のソセゴン・アタPの指示をソセゴン・硫アトで準備した．硫アトを手にした時、アタPだと思っていた．医師に向かって空アンプルを見ながら「ソセゴン・硫アト打ちます．」と声を出して言ったので、医師が硫アトではなくアタPであることを指摘してくれ、間違いに気付い	急いでいても医師の指示を文字で確認してから（注射薬が出てから）準備する．注射薬を吸う前に薬品を医師に見せて確認する．	口頭伝達ミス　（重要事例に該当）
規格違い	規格違い		コントミン	錠剤	50mg	コントミン	コントミン	錠剤	錠剤	25mg	調剤の際、単位を間違えた	薬品名にマークする	

規格違い	規格違い		MSコンチン	錠剤	80mg	MSコンチン	MSコンチン	錠剤	錠剤	70mg	30mg2錠と10mg1錠を与薬のところ，30mg2錠と10mg2錠の与薬となった	変更となる場合は特に確認のこと	
外観類似	外観類似		イノバン	アンプル	5ml（表示のシートが緑色と白の帯状）	カルボカイン	カルボカイン	アンプル	アンプル	1%，10ml（表示のシートが薄緑色、緑色、白の帯状）	頭椎手術において、頭部固定のためのピンを患者の頭部に刺入する際、実施する医師が手術室の薬剤カートから、カルボカインを使用しようとして誤ってイノバンを取り出し、自分で注射器に吸い3ml使用した．使用後30分間血圧が100台から140台へ、脈拍が70台から100台へ上昇した．使用済みアンプルをチェックしていた看護師の指摘により誤投与が判明し、厳重なモニタリングを行なったが、一過性の血圧脈拍上昇以外の問題は起こらなかった．	薬剤の包装が緑色と白が共通であったこと、保管場所も近かったことから混同してしまった．表示方法を変更してほしい．	
規格違い	規格違い		ﾏｽｷｭﾗｯｸｽ	注射薬	10mg	ﾏｽｷｭﾗｯｸｽ	マスキュラックス	注射薬	注射液	4mg	ﾏｽｷｭﾗｯｸｽ(4mg)の入力ｵｰﾀﾞｰを(10mg)で病棟へ払い出した		
その他（同一剤形）	外観類似		クラビット	点眼液		サンコバ	サンコバ	点眼液	点眼液				
勘違い	外観類似		アトラント	水溶液	10ml	ニフラン	ニフラン	水溶液	液剤	5ml	蓋の色が似ていると思い点眼するが痛みを感じ誤点眼に気づいた．看護師が洗浄・当直医診察・浸潤確認ごヒアレインを2時間毎点眼す．	1.容器に大きく薬名記載し容器整理．2.医師に自己管理困難者には皮膚真菌剤をクリームで処方依頼する．3.医療安全管理情報を病棟・外来に発信．4.不自由者等は患者会に呼びかけ介護員が整理を援助した．	外用剤の点眼　（重要事例に該当）
剤形違い	剤形違い		フラビタン	点眼液		フラビタン	フラビタン	眼軟膏	眼軟膏		監査時に判明	手に取った薬品の名称と処方内容の十分な照	
その他（同一剤形）	外観類似		カタリンk	点眼		ミドリンp	ミドリン	点眼	点眼液		自己監査したために気づかなかった．看護師が間違いに気づいた		
剤形違い	剤形違い		リンデロンA液	点眼液	0．1%　5ml	リンデロンA軟膏	リンデロン	眼軟膏	眼軟膏	5g	眼軟膏の部分が省略記号”〃”で記入されており、その記号に、臨時処方を示す斜線が重なっていて、見落としてしまった。 入院患者さんへの調剤のため、病棟から薬剤が返送されて気づいたとのこと．	眼軟膏はほとんど処方されないため、液と思いこんでしまった．その他の記載も液と軟膏どちらもとれる記載内容であったため、疑問も生じなかった．省略記号”〃”は院内でルールとしては定まっておらず、習慣化されているようです．現在はオーダリング化されています．	
剤形違い	剤形違い		リボスチン点眼	液剤	0．025%4ml	リボスチン点鼻	リボスチン	液剤	液剤	0．025%15ml	リボスチン点鼻の処方に対して、リボスチン点眼を入れてしまった．	処方の順番と薬袋の順番が一致していなかった．	
外観類似	外観類似		KCL	アンプル	20ml	アムコラル	アムコラル	アンプル	アンプル	20ml	間違えて払い出しされた	KCLが返納されたとき、遮光袋が外されていたのか、アムコラルの場所に置かれた可能性がある．	
規格違い	規格違い		ハーフジゴキシンKY	錠剤		ジゴキシンKY	ジゴキシン	錠剤	錠剤		監査時に誤りに気づいた		
勘違い	名称類似		ﾒﾁｺﾊﾞｰﾙ	錠剤	500ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ	ﾒｷｼﾁｰﾙ	メキシチール	ｶﾌﾟｾﾙ	カプセル	100ﾐﾘｸﾞﾗﾑ		通常は別の薬剤師による監査で発見されるが、当日は休日の当直時のため別薬剤師による監査が行われなかった．	
規格違い	規格違い		メキシチール	カプセル	100mg	メキシチール	メキシチール	カプセル	カプセル	50mg			
規格違い	規格違い				ビメノール（50）								
外観類似	外観類似		プリンペラン	アンプル	10mg・2ml	ラシックス	ラシックス	アンプル	アンプル	20mg・2ml	アンプルをカットして吸う時に間違いに気付いた	準備する段階で間違えていた．確認の徹底	
勘違い	数量違い		ラシックス（内服）を減量してしまった（投与しなかった）			ラシックス（点滴）の減量	ラシックス				ラシックスの内服と点滴の療法を投与していた患者に点滴減量の指示が出た．（1日2回を1回に）その指示を見て内服薬の減量と勘違いし投与しなかった．	指示簿と与薬欄を確認して実施するようになっているが、その手順を省き与薬欄をみて内服の変更と思い込み間違ってしまった．指示を確認するという作業を怠ったためにおこったインシデントである．今後、手順を守ること．また、指示を取る場合2人で行う．（ダブルチェック）	
規格違い	規格違い		ラッシクス	注	20mg	ﾗｯｼｸｽ	ラシックス	注	注射液	100mg	自己監査を行ったが気づかずに、交付．看護師からの連絡で間違いが判明		
規格違い	規格違い		ラシック（20）ﾗｼｯｸｽ（40）										
外観類似	外観類似		セルシン	アンプル	10mg	ベルジピン	ベルジピン	アンプル	アンプル	2mg	ベルジピンとまちがえてセルシンを静脈注射した．	ダブルチェック、声出し確認の徹底	
数量違い	数量違い										カルデナリン(1mg)2錠、ノルバスク(2．5mg)2錠、計7包のところカルデナリン(1mg)1錠、ノルバスク(2．5mg)1錠、計14包で調剤されていると連絡があり変換した．	調剤者は監査者に対して用法を十分確認して調剤するよう徹底した．	
規格違い	規格違い		アダラートL	錠	10mg	アダラートL	アダラート	錠	錠剤	20mg	アダラートL（20）をアダラートL（10）で調剤、払い出し、患者本人に指摘された．アダラートL(20）とアダラートL（10）の配置場所は離れている．誤読された時の状況は不明であるが、処方箋の記載がわかりにくかったような報告がなされている．	確認のみ	
薬効類似	薬効類似		ミリステープ			ニトロダーム	ニトロダーム TTS				監査時に誤りが判明		
規格違い	規格違い		バイミカード	錠	5mg	バイミカード	バイミカード	錠	錠剤	10mg	監査時に判明		
薬効類似	薬効類似		アイトロール	錠剤		フランドル	フランドル	錠剤	錠剤			調剤監査時に間違いに気づいた	
規格違い	規格違い		ベルサンチン	錠	25mg	ベルサンチン	ベルサンチン	錠	錠剤	100mg	ベルサンチンL（150）2C、2xを処方されたが、当院にない規格のため、ベルサンチン（100）3T、3xに変更になったが、聞き間違いにより、ベルサンチン（25）、6xで調剤、払い出された．	通常、疑義照会は口頭でされ、処方箋の変更は後ほど病棟で行われる．処方箋の再発行による訂正が可能なときは行っている．	
その他（記号類似）	名称類似		ベザトールSR	錠剤		ヘルベッサーR	ヘルベッサー	カプセル	カプセル		監査時に誤りが判明		
規格違い	規格違い		ｱｲﾄﾛｰﾙ（20）アイトロール（10）										
薬効類似	薬効類似		リボバス	錠剤	5mg	メバロチン	メバロチン	錠剤	錠剤	5mg			
薬効類似	薬効類似		リブル			パルクス	パルクス						
薬効類似	薬効類似		ムコソルバン	錠剤	15mg	ビソルボン	ビソルボン	錠剤	錠剤	4mg	監査時に判明		
その他（記載ミス）	伝達ミス		ムコダインシロップ	水薬							ムコダインシロップを継続して注入、内服中であり母親が11月14日から管理していた．11月18日朝から新しい処方分となった．薬剤部より準備された水薬ボトルに1回1mlと赤丸で記入してあったが処方箋1日2．4ml　3×とも列記してあったため、18日朝の注入量を間違えて1回　2．4ml		
勘違い	?		ムコダイン50%散								4gに賦形するところを3gに賦形した．監査時に誤りに気づいた		
その他（同一剤形）	外観類似		サニタール吸入薬	噴霧		アルデシン吸入薬	アルデシン	噴霧	噴霧		時間吸入を行うため準備をして噴霧したが不透明の袋に入り確認できなかったことと袋にアルデシンと書いてあったため不十分な確認で他の薬を噴霧した．本来の薬は先の吸入したNsが本来の収納場所に返さなかったことと袋を中止薬と共有していたことで誤りが生じた．	中止薬の保管を他の場所に移す．与薬時必ず本体と確認する．ルールどおりに手順を行う．	