

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	処方内容は前回と変更なかったが、誤嚥性肺炎の危険性があり今回から錠剤を粉砕して調剤するように指示があった。錠剤の種類(素錠、フィルムコーティング錠)、吸湿性などを確認して粉砕、混合して調剤を行った。薬は後日取りに来る事になり、再度確認の時間が取れたので保存法などをチェックしていて、ベタニス錠が徐放性製剤であり粉砕できない事を確認した。医師に疑義照会をしてベタニス錠以外を粉砕し、ベタニス錠はそのままの状態での調剤することになった。	ベタニス錠は当薬局では扱いが少なくPTPで出すときは割ったり、かんだりしないよう説明していたが、徐放性製剤である認識がうすく粉砕してしまった。服用してもらう事を最優先にしてしまい錠剤の特性を考慮していなかった。	初めて粉砕する薬剤は十分に時間をかけて可否を判断し、できれば他の薬剤師にチェックを依頼するなど慎重に行わなければならないと思いました。また備蓄している薬剤の特性を改めて確認しておき、業務にあたる薬剤師に周知しておきたいと考えています。			ベタニス錠50mg	ベタニス錠(徐放性製剤)については、分割、粉砕による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
2	カナリア処方だったのに、場所が近かったため取り間違えたが再度確認したところ間違いを発見し調剤室内で回避できた。	似たような名称にかかわらず、配置場所が隣だったため	場所をずらすとともに、大きく名称に注意のシールを貼ってわかりやすくした。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
3	カナリア配合錠交付すべきところ、カナグル錠100mgを間違えて交付。交付翌日に、患者本人が薬と薬情を照らし合わせ整理中に気づき、薬局に問い合わせがあり発覚した。すぐに、正しい薬と交換した。	カナリア配合錠とカナグル錠の名称が似ていたため間違えた。	名称類似の旨共有・取り間違い注意喚起した。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4	カナリア処方のところカナグルを渡してしまった。次の日に気づき、患者宅にて交換。まだ服用前だったので、有害事象はなかった。	名称類似で注意不足。	ダブルチェックや注意書き等で対策	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
5	一包化の方。カナグルを一包化に入れるところ、カナリアを一包化して調剤。交付後、患者様より電話があり、いつもと錠剤が違うとのことで発覚。服用はしておらず、カナグルで一包化を作りなおし交換した。	新規オープンして間もないこともあり、一包化作成の際の監査機器使用のルールが確立できておらず、監査機器を通していなかった。監査した薬剤師も、カナリア、カナグルを扱いなれておらず、目視で気づくことができなかった。	一包化作成前にバーコードを監査機器に通すよう監査機器使用ルールを定め、監査機器の使用を徹底。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
6	カナリア配合錠が処方されていたが、カナグル錠100mgを渡してしまう。	一人薬剤師のなかゴールデンウイーク前と混雑しており、思い込みで見落としてしまった。	一人ひとりの意識の見直し、業務手順書の確認、徹底。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
7	前回カナリヤが処方されていた患者さんが今回カナグルに変更されていたが、レセコン入力の際カナリアのまま入力し薬袋記載を間違えました。薬は取り違えていません。記入ミス患者さんからの指摘で気が付きました。	木曜日で事務がいなくてレセコンも薬剤師がしていたため、慣れていなくて焦ったのと患者さんを待たせていたのであわてて投薬をしたことに原因があると思います。	薬袋に入れる際の確認不足を改善したいと思います。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
8	スピオルトレスピマット60吸入の処方箋を応需。担当した薬剤師が誤ってスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を調剤・鑑査・投薬した。当月末に行った棚卸の際に該当の2種類の薬品の在庫がずれていたことから、間違いが発覚した。すぐに患者に連絡を取り、未使用の状態であったため、正しい薬剤と交換した。	スピオルトレスピマット60吸入とスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入は名称が似ているため、思い込みによる間違いが発生した。また、鑑査レンジを通す際にバーコードを通さず目視での確認としてしまったことから、鑑査システムをスルーしてしまった。	名称が似ている薬品には取り間違い防止のための注意喚起を行う。また、鑑査レンジを使用する際、必ずバーコードを通すようにし、目視での確認は極力使わないようにする。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
9	スピリーバレスピマットで処方されていたが、在庫がなく、普段から在庫のあるスピオルトレスピマットと勘違いしてお渡ししてしまった。4日後レセコンの在庫履歴でマイナスになっていることに気づき発覚した。	似たような名前であったため在庫がある薬と思い込んでしまった。スピリーバのカプセルは在庫があるが、レスピマットの存在は当事者は認識していなかった。	取り違い事例を薬局内で周知する。薬剤名を普段から扱っているものと思い込まず、しっかり確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	スピリーバレスピマット60吸入用処方のところ、スピオルトレスピマット60吸入用を投薬。吸入指導を兼ねて、実際の薬剤で、投薬時に1回の吸入を実施した。翌日間違いに気づき、正しい薬剤を持参し、患者宅に説明に伺ったところ、帰宅後は吸入を行っていないとのことだった。	患者にとって初処方薬だったことと、レスピマットの吸入指導にばかり集中し、薬剤の間違いに気付かなかった。但し、投薬者を含め、3人の薬剤師が、薬剤の色が違うことを認識していたが、デバイスが一緒だった為、色の変更があったものと思い込んでしまい、確認を怠った。入力者は正しかったが、調剤者と投薬者は間違いに気づかなかった為、少しのコミュニケーションがあれば、患者に渡す前に気付けたかもしれない。	翌日の入力と在庫の確認で薬剤取り違いに気づいた為、当日の薬剤発注時に、在庫の確認をすることで、投薬ミスに気付くこともある為、そのことを全員認識しながら発注を行う様心がける。薬局内研修時に必ず、ヒヤリハット報告を行い全員で共有すること。処方内容は必ず確認することを徹底する。			スピオルトレスピマット60吸入	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
11	スピリーバが処方され隣にあったスピオルトで調剤。鑑査者が間違いに気づきスピリーバへ再調剤した。	スピリーバの隣にスピオルトを配置。名称の類似より間違えて調剤されたと思われる。	注意喚起の紙を貼り、配置の変更。	スピリーバ2, 5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
12	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入が近隣のクリニックから処方されたが、最近出てない薬だったため、スピオルトレスピマットの間違いではないかと思ひ疑義紹介したら、スピオルトレスピマットが本来医師の処方したい薬だった。	近隣のクリニックでは最近でてない薬だったため気づけたが、日ごろから医師の処方パターンを理解していつもと少しでも違ったら病院に確認したほうがいいのかも	あんまりでない薬がでたら 適応があっても 一応病院側に確認をとる			スピリーバ2, 5 μ gレスピマット60吸入 スピオルトレスピマット60吸入	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	スピオルトレスピマツト60吸入を調剤するところスピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入を調剤。	考えごと。名称類似。	調剤中に他のことを考えない。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
14	調剤者は、スピリーバが処方になっていたところ誤ってスピオルトを集薬した。その後薬剤師2名体制で監査を行ったが、そこで誤りに気づけなかった。その後、監査を行った薬剤師のうち1名が薬袋に薬を入れてしまった。患者さん来局時に監査し薬袋に入れる作業を行った薬剤師がいたにも関わらず、調剤・監査に携わっていない別の薬剤師が交付を行った。この時、薬は薬袋に入れて準備されていたため、中身を確認することなく交付した。その後調剤者がスピリーバとスピオルトの在庫が合わないことに気づき、患者さんに連絡し回収を行った。早くに気づき連絡したことで使用はされていない。	スピリーバもスピオルトも同じ引き出しに入っていた。スピリーバよりスピオルトがよく処方になるため、思い込みで監査をしてしまった。すでに薬袋に入っていたため、調剤・監査を行っていない者が中身を確認しないまま交付を行った。	スピリーバとスピオルトの在庫を別々の引き出しに変更した。監査した者が責任をもって投薬を行うことにした。また、事前に薬袋に入れず投薬時に再度確認を行うものとした。スピリーバとスピオルトが処方になっている患者さんを薬局スタッフで確認した。(スピリーバは当該患者のみである)	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
15	忙しく、一人でピッキング、監査、調剤してのミス。完全に、処方箋、薬袋、薬情の照らし合わせも出来てなかった。投薬後に空箱をみて違う薬を渡したことに気が付いたので、すぐに連絡して正しいものと交換。気が付いたのが早かったものの交換できた。	日常的によく出る薬なので、思い込みもあった。	薬品名類似の棚を分けての陳列。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
16	吸入薬のデバイスが酷似していたことから、取り違えてしまった。	患者は初めての薬剤であり、吸入指導も必要であった。	吸入薬でデバイスが酷似している薬剤の配置の変更をおこなった。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
17	スピオルトレスピマットの処方だったが、スピリーバレスピマットを用意した。薬剤の包装が似ており、配置も隣同士だったため、取り違えた。患者へ交付前に監査者が気づき、正しい薬剤を渡した。	薬剤の名前、薬効が似ている。包装が似ている。	薬剤の配置を変えた。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
18	在宅の患者にスピオルトレスピマットの指示があった。ピッキング時に誤ってスピリーバレスピマットをピッキング。誤りに気づきピッキングを訂正しました。	同じ在宅の患者で同じ施設にスピリーバレスピマットを使用の方がいました。メーカーからも取り間違いの注意の文書が来ていたの で、頭には注意喚起するという意識があった。このためもあり、今回はピッキングですぐに訂正しましたが、もしも取り間違いのままであった場合は大変なことになりかねない状況になっていたと思います。	普段から類似名称・外観の医薬品については注意喚起できるようにしてはいました。今回メーカーからの情報がなかった場合にはそのまま間違えたままであった可能性も含め、再度類似医薬品への注意のルールの徹底を行います。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	投薬後間違いに気がつき患者携帯に電話しす交換	薬剤師が一人の時間帯で自己監査	なるべく2人薬剤師体制にする	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
20	今までは違う薬局で薬をもらっていた患者が初めて当薬局での調剤を希望されて来局。今までメインの内科の処方せんは、当薬局で調剤していたが、今回は少し離れた呼吸器科の処方箋。スピリーバが処方されていたが、スピオルトを誤って調剤。最後に、鑑査システムで確認をしたところ、エラーメッセージが出て、初めて間違えていることに気が付いた	当薬局では、スピリーバの在庫がなく、スピオルトだけ置いていた。同じデバイスのため、調剤・鑑査している時には気が付かなかった	新しい処方箋を調剤する際には、薬品名をよく確認してから調剤する	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
21	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入の処方のところスピオルトレスピマット60吸入用が調剤されていることに鑑査者が気付いて発覚した。	普段からスピオルトの処方のほうが多いので、慣れから間違えてしまった。	処方せんに記載された薬剤名の確認を徹底する。	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
22	スピオルトレスピマットが処方されていたがスピリーバレスピマットを調剤してしまった。当日在庫数が合わない事から間違いに気づき患者に連絡し取り換えた。	繁忙時でもあり前回と同じと思い込みがあり、名前も似ていた事から気付かずまた監査及び監査システムを飛ばしてしまった。	超繁忙であっても薬剤師が事務などの協力を必ず得るように声をかければ監査するようにした。また監査システムが導入されており忙しくても必ず監査システムを通すことにした。監査システムは慣れるように常に意識がけるようにした。	スピオルトレスピマット28吸入	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
23	初めて当局を利用の患者さん、スピリーバレスピマットの処方にも関わらずスピオルトレスピマットで調剤、監査システムにて調剤ミスアラーム鳴るも「監査システムの不具合では？」と別の薬剤師も強く思い込み投薬直前まで間違いに気づかなかった。投薬前再度処方箋と照らし合わせたところその時点で間違いに気づいた。	同様の事例が報告されていたため報告書を両薬剤の保管棚に貼り付け注意喚起をしていたが、数か月で調剤、監査システムにて調剤ミスアラーム鳴るも「監査システムの不具合では？」と別の薬剤師も強く思い込み投薬直前まで間違いに気づかなかった。投薬前再度処方箋と照らし合わせたところその時点で間違いに気づいた。	今回の事例を薬局内にて共有し、両剤の保管場所の目立つところに「類似薬注意」のシールを貼り、久しぶりの調剤時は特に処方箋と実物の名前をチェックするように気を付ける。	スピリーバレスピマット2.5 μ g60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
24	令和3年12月まで長期にわたりA病院へ外来通院、処方箋を当薬局へ持参。令和4年3月にB病院へ転院し、B病院から初回の処方箋を当薬局へ持参。令和4年4月にB病院通院し、2回目の処方箋を当薬局へ持参。	A病院の間はスピオルトレスピマットで長期処方されていた。令和4年3月の転院後初回は手書き処方箋。スピリーバレスピマットと書かれたことに気付かずスピオルトレスピマットで調剤。字体での判別は困難。令和4年4月の2回目処方箋ではレセコン入力。ここでスピリーバレスピマットであることに気付いた。病院へ調剤過誤について連絡した所、処方医よりスピオルトレスピマットで良いと回答をもらう。転院情報の転記間違いであり、患者自身への影響はなく済んだ。	手書き処方箋が多く使われる病院であり、Do処方と思うような内容であっても注意深く監査することを店舗内で周知徹底することにした。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
25	スピリーバレスピマットとスピオルトレスピマットを調剤し誤ったが、投薬前に、患者が入居する施設のスタッフにより誤訳を防ぐことができた。	スピオルトレスピマットが処方されていたが、名称が類似していたため、スピリーバレスピマットを誤って調剤してしまった。	処方箋や前回の記録をもう少しゆっくり確認していれば未然に防げた。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	R4.5/13にスピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入が継続処方であった。服薬指導時に、本人へ正しく処方薬がお渡しできているかどうか確認したところ、「前回もらったものと色が違う」との返答あり。前回R4.4/15処方時にスピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入をお渡しすべきところ、スピオルト2.5 μ g 60吸入を間違えて渡したことが発覚。スピオルトには β 2刺激薬成分(オロダテロール)が含まれていることから、その場で本人へ動悸症状の自覚症状がないか確認。ないことを確認した上、処方医へ状況報告を行った。	インシデント発生のR4.4/15時、薬局店舗内繁忙の時間帯であり、監査者である薬剤師自身の焦りもあり、正しい判断で監査が行えなかった可能性あり。また、スピリーバとスピオルトの名称・形状類似などが影響した可能性あり。	スピリーバとスピオルトの名称・形状類似による取り違い発生のインシデント報告は全国的にも多く、注意が必要である。当薬局において、すでに保管場所を異なる場所に置くことで防止対策は行っていたにもかかわらず、今回インシデントが発生してしまった。さらなる防止対策が必要と考え、保管場所それぞれに取り違い注意の札を設置することで対策強化することとした。	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入処方のところスピオルトレスピマット60吸入を用意患者様にデモ機を使用して説明後、実際に薬を吸入してもらうところで間違いに気が付き変更した。	問い合わせなどが重なり、煩雑なことと思込みが重なり間違いに繋がった。名称に関する注意は以前からメーカーによって発信されているが、注意を怠った。	店舗内で改めて類似名称に関して注意喚起。付箋をつけることで、取る作業による確認作業を一手間増やす。メーカーへの名称変更検討依頼	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	スピオルトレスピマット60吸入の処方箋だったがスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入をピックアップしてしまい、アテルノを行う前にミス指摘されそこで誤りに気が付いた。	処方箋を漫然と見ていて、「ス」と「レスピマット」が合っていたため、ピックアップしてしまった。吸入薬をピックアップする機会が増えたことによる慣れ・慢心や、「レスピマット」が吸入薬の種類の名前だとは知らずに商品固有の名前だと思い込んでいたことも要因として挙げられる。	アテルノ及び最終鑑査で機械や他人によるチェックを行うことで、思い込みによるミスに気が付けるようにする。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
29	硝酸イソソルビドが一般名で処方。入力者がそれを一硝酸イソソルビド錠を入力。処方監査、調剤と入力間違えに気付かずそのまま一硝酸イソソルビド錠を調剤。監査者が一硝酸イソソルビドではなく硝酸イソソルビドであると気づいた。	忙しかった。薬剤名が似ていた。この病院からの処方箋を持参されるのが久しぶりであった。	ミーティングにて原因や改善点について話し合った。処方監査をもう少し時間をかけ慎重に行うように話し合った。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「日新」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
30	今まで他のCLで処方されていた薬剤を、当店舗の近医にてRPしてもらった際に、「一硝酸イソソルビド錠20mg」がRPされていたのに対し、「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」で入力。その内容に気が付かず、投薬終了。薬歴記載時の確認中に誤りが判明。お渡しした薬剤は間違いがないが、説明書類の品名と代金に誤りがあることを伝えて、正しい説明を追加した。薬情とも照合したが、ヒートも似ていて、気が付かなかった。	入力時には事務員自ら、薬剤のパッケージを確認して「一硝酸イソソルビド」を確認してから入力に入ったので、間違はずがないと薬剤師側も思っていたが、「硝酸イソソルビド徐放錠」での入力に気づかず投薬までしてしまった。思い込みで対応してしまいました。	品名が似ている薬品がある場合は、必ずチェックポイントを確認。「一硝酸」や「徐放」等のキーワード、規格、mgなども必ず確認して、確認時の薬情との写真の照合もしっかり行う。			硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
31	フランドル錠20mgが初めて処方された。ジェネリック希望のため硝酸イソソルビド徐放錠20mgを調剤しなくてはいけなかったが、ストックしていなかった。一硝酸イソソルビド錠20mgをストックしていた為、見間違い、一硝酸イソソルビド錠20mgを投薬しかけたが、間違いに気が付き、入荷後配達した。	いつも威圧感のある患者で今回もせかされる感じがあり 一般名の読み間違いをしてしまった。	よく似た一般名の後発品については、先発名を貼り付けることで、取り間違いをしないよう改善した。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
32	一硝酸イソソルビド錠の所硝酸イソソルビドカプセルを調剤してしまった。	名前が酷似しているため経験の浅い事務員のため調剤ミスが起きてしまった。	名前注意という札を大きく貼り注意喚起を行うようにした	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
33	処方はいトロール20mgであったところ、GEに変更したところ、本来は一硝酸イソソルビド20mgが調剤されるべきところを硝酸イソソルビド20mgが調剤されそうになったが、監査のときに誤りに気が付いた。	一硝酸イソソルビド20mgと硝酸イソソルビド20mgで一般名が似ていることから間違いかけました。かならず薬品名全部を読んで確認することを徹底しました。	かならず薬品名全部を読んで確認すること。監査システムも導入しているため、バーコードでも確認すること。	アイトロール錠20mg	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
34	一硝酸イソソルビド10の処方を処方箋の印刷かすれと思ひ込みにより硝酸イソソルビド10と入力してしまった。	薬局の忙しさとレセコン入力に慣れていないものが行ったことにより発生した。	レセコン入力時に確定前に複数入力で確認することの徹底。	一硝酸イソソルビド錠 10mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 10mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
35	一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されるべきところ、硝酸イソソルビドカプセル20mgが処方されていた	名称変更による処方の入力間違い	薬歴の確認	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
36	処方箋が一硝酸イソソルビドなのに、硝酸イソソルビドで調剤していることを、他薬剤師に指摘され気が付いた。	一般名でくる処方箋に関しては、一字違いの薬剤などくに注意が必要である。	調剤棚に、注意喚起するメモをつけた。またすぐに他薬剤師にも成分の違い、効能の違いに関して情報公開し、再度勉強しなおした。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	薬の取り違い	今まで取り扱いのない薬であったため一般名を知らなかった	必ず一般名処方の場合対応する薬品の確認を怠らない	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	一般名記載で一硝酸イソソルビド20mg錠を剤系変更でカプセルで入力していた。処方箋監査時と同じ認識で「一」を気にしていなかった。	別薬剤としての認識が、事務、薬剤師ともになかった。	ヒヤリハット事例として共有し今後注意する。知らなかったことが原因のため改善。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
39	一硝酸イソソルビド錠20mgの一般名処方に対し、調剤者は硝酸イソソルビド錠20mgを一包化調剤。監査者が発見をして一硝酸イソソルビドで作直した。	薬局での採用を今までは先発ブランド錠20mgのみとしていたが、9月より硝酸イソソルビド錠の採用を行った。調剤者は一硝酸と硝酸イソソルビドの存在を理解せず調剤したことが原因。どちらも「サワイ」を採用していた為気付きにくかった。	現状流通の問題などからメーカーの変更を行うのは難しいので、棚の位置変更。また、一硝酸イソソルビドには、「アイトロールのジェネリック」また硝酸イソソルビドには「フランドルのジェネリック」と表記をして取り間違いを防ぐようにした。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
40	内科の処方箋に関しては、他の薬局をご利用でしたが、今回、当薬局に久しぶりに処方箋をもって来局。薬の在庫がなく、近隣薬局に在庫の確認をした時に、事務がジェネリック医薬品への変更で名称を間違えて電話。患者を待たせている状態で、薬をきちんと確認しないうちに一包化調剤をしてしまった。監査時点で発見。	在庫がない時に患者を待たせているという焦りがあるため、薬品の確認を怠ってしまった。	先発医薬品からジェネリック医薬品への変更時に薬剤の名称を再度確認を行う。今回、事務に任せてしまったため、薬剤師が介入するようにする。忙しくても、一包化調剤時に薬の確認を行う。	フランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
41	今回患者は、別の疾患で受診している医療機関より他院で処方されている一硝酸イソソルビド錠20mgを臨時的に処方希望した。しかし、誤って硝酸イソソルビド錠20mgで処方されていた。調剤を行う前にお薬手帳で併用薬を確認したところ、希望したものが一硝酸イソソルビド錠20mgであることがわかり疑義照会を行い処方変更となった。	当時、当薬局にはどちらも在庫がなく調製者の取り間違いも起きずに済んだが、在庫があったり繁忙時にはそのまま調製されていたかもしれない。今回はお薬手帳の情報に助けられた事例です。お薬手帳の情報を確認することの重要性を改めて感じました。	今回のような類似名称や、多規格ある医薬品の情報共有も必要である。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
42	調剤監査時に、処方は一硝酸イソソルビド錠20mgだったが、硝酸イソソルビド錠20mgで入力されていることに気づき、分包を確認したところ硝酸イソソルビド錠20mgで分包していた。投薬前に気づき、入力訂正、分包のやり直しを行った。	入力の際、薬品名の検索が不十分で選び間違えてしまい、そのまま分包を行ってしまった。	薬品名が類似していたため徐放錠は徐放カプセルへ変更し、同メーカーの商品だとパッケージも類似しているため取り扱うメーカー変更を行った。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
43	硝酸イソソルビドを出した経験がなく、一硝酸ソルビドを調剤して投薬してしまった	薬局に入ったばかりの薬剤師だったため	まちがえやすい薬剤の再確認をスタッフ一同再確認、間違えやすい薬剤がある場合は紙薬歴に大きく記載し注意を促し調剤過誤が生まれないよう徹底する。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠10mg「タイヨー」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	一般名処方：硝酸イソソルビド徐放カプセルで処方。ニトロールRで調剤するところを、一硝酸イソソルビド「サワイ」で調剤してしまった。	一般名処方における成分名の類似(ニトロールR：硝酸イソソルビド徐放剤、一硝酸イソソルビド「サワイ」：一硝酸イソソルビド)	処方箋情報、薬剤情報、薬袋の写真などの確認徹底	ニトロールRカプセル20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
45	<p>本事例の患者に誤って投薬した薬が、本事例の患者とは別の患者に出た際、在庫がなく原因を究明した結果、監査システムの写真にて類似品の別の薬を投薬していたことが発覚した。本事例の患者様は知らずに服用していると思われる、医師に電話にて対応を伺うが、投薬してから60日程でほとんど服用している為、今回は薬局から本人には伝えず、次回診察時に医師から患者様に軽く伝えてもらうことになった。</p>	<p>本事例の薬は名称も似ており、間違えやすいが、当薬局では該当患者様のテープキープもしており、そこでも気づかず取り間違えてしまったことが原因と思われる。また、監査システムでもNGが出たが、監査時にも類似品の取り間違えに気付かなかった。</p>	<p>監査システムNGの際は、より一層監査を慎重にすることが重要だと考える。また、薬を調剤する際は今一度名称や規格を確認し、類似品の取り間違えに注意することを徹底する。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
46	<p>元一硝酸イソソルビドが処方されていたがしばらく入院しており来ておらず、久しぶりに来局された。 その際に一硝酸イソソルビドの処方が一硝酸イソソルビドに変更になっていたがそれに気づかず一包化し調剤してしまった。 交付後薬歴記載時に間違えに気づき連絡し患者服用前に正しい医薬品を一包化し直しお渡しすることが出来た。</p>	<p>思い込みによるもの、処方箋の入力をきちんと確認していなかった。</p>	<p>入力確認の徹底、似た名称の薬剤に周知をする。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
47	一硝酸イソソルビド錠の処方箋を初めて持参薬局で在庫している硝酸イソソルビド徐放錠でピッキングしてしまった入力の際、事務より一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビド錠は別剤ではないかとの指摘があり再度処方箋確認、別剤であることに当該薬剤師が気付いた	薬剤師が一人の時間帯に、複数患者が来局当該患者は複数の薬が処方された処方箋を初めて持参医薬品流通不良の観点からも当薬局で調剤できる処方箋かどうかの判断に時間を要していた認知症があり、お薬手帳をお忘れで、調剤にとりかかるまでにさらに時間を要した焦りがあったため、当薬局で在庫している、名称類似薬を同一薬と思い込んで調剤してしまった	名称類似医薬品についてはフダをつけ、再発防止に取り組む	一硝酸イソソルビド錠 10mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
48	硝酸イソソルビド徐放カプセルを調剤しなければならぬところ、一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤し、別の薬剤師による監査時に調剤ミスを確認し硝酸イソソルビド徐放カプセルを調剤	一般名処方の一部一致で判断したと思われる。調剤した薬剤師の知識不足。	個々の薬剤師のレベルアップ	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
49	錠剤分包機で一化調剤時、手撒きする薬剤を準備する際に一般名が類似した薬剤と間違えそうになった。	医薬品名の類似	薬剤をピッキング時等にダブルチェックを必ずする。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
50	初めて来局された患者様の処方「一硝酸イソソルビド錠「サワイ」20mgを「硝酸イソソルビド錠「サワイ」20mg」と読み間違えて誤った薬を渡してしまった。一般名の違いの認識がなかった	硝酸の前についている一を一般名の一部と認識していなかった。	薬品名をはじからはじまで詳細に確認する	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
51	パンドル軟膏とパルデス軟膏の取り違えがあった。	未採用薬であったためにレセコンで出てこなかったので入力を間違った。	含有量に違いがあり含有量までピッキングの際に注意するように促した。	パンドル軟膏0.1%	パルデス軟膏0.05%		パルデスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
52	ベポタスチン(抗アレルギー薬)処方をベタヒスチン(めまい薬)と間違えて調剤。入力はあるとおり調剤、監査ミス。患者服用前に家族(父親)が気が付き来局。患者健康被害なし。	監査時の処方せんとの確認を怠った。他にも抗アレルギー薬が処方されており、同系薬という推測を怠った。入力はあるため薬情と一緒に確認すれば防げた事例。	調剤棚に今回取り間違えた両薬剤にチェックシールを貼った。投薬時、処方せんと薬情を確認し患者に説明する。	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「KN」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
53	薬の辞典を持っている人で、自分が飲んでる薬を調べていたら違うことに気が付き、持参された。既に7日分くらい服用されていた。	内容は単純で、調剤者、監査者共に、長年の経験からの気の緩みと不注意による。いつも症状を聞いてから、薬の効果をその症状に合わせた説明をするが、他の話を多く語る人で話が長くなって、薬、症状の変化の話が後回しになっていて、最後に前回と同じ薬よねとの言葉で、症状のこと、薬品名の確認が抜けていた。	とにかく、どんな簡単な処方でも、症状の変化、またその症状に合わせた薬の効果、用法をどんなことがあっても行なう。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
54	ベポタスチン錠半錠の処方あり薬剤をピッキング・調剤していたところ、途中でベタヒスチンで調剤していることに気づく。シートから出したベタヒスチン錠を分包し、棚に戻した。後日違う薬剤師がベポタスチン錠の棚にベタヒスチン錠が入っていたことに気づいた。	ベポタスチン錠とベタヒスチン錠、薬品の名称が類似していた為、取り間違えた。ベタヒスチン錠を戻す際に、医薬品の棚と薬剤の名前の確認を怠った。	医薬品を棚に戻す際は、再度薬品名と棚の確認を行う。錠剤のバラを分包したものを戻す際は、分包したものに薬剤名を入れる。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
55	ベタヒスチンメシル錠6mgが42錠処方されており、ベタヒスチンメシル錠の棚より42錠取って、輪ゴムで留めて投薬に回した。投薬時、42錠あることを確認したが、表より見えるヒートがベタヒスチンメシル錠だったので、輪ゴムを外すことまではせずに、患者に投薬した。翌日患者より、ほかの薬が1ヒート(10錠)混ざっていたと申し出があり、確認したところ、ベポタスチンベシル錠が混ざっていたため、交換した。患者本人は、似てはいるが、いつもの薬と違っているので、気が付き、薬局へ申し出てくれた。	当該患者以外のピッキング時に、過剰に取り出したヒート分を、ピッキングしたのとは他の薬剤師が、手伝いとして棚に戻したが、名前を見間違えて、間違った棚に戻していたことが原因と思われる。投薬時にも、輪ゴムを外して全ヒートの薬品名を確認しなかったことも、要因となっている。	一度棚から出した薬品を戻すときは、「棚に戻す薬品」用のかごを用意しておき、後ほど、2人態勢で確認しながら戻すこととする。投薬時には、輪ゴムを外して、全ヒートの薬品名が間違っていないかを、再確認することを徹底する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テパ」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「JG」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	冬場や花粉症の時期にベポタスチンベシル10mgを処方されている患者様で、たまに眩暈の症状がある時にベタヒスチンメシル酸塩6mgを処方(半年に1回ぐらいの頻度)されている患者様でした。その方に処方されたベタヒスチンメシル酸塩6mgを取り違えて、ベポタスチンベシル10mgを渡してしまいました。患者様が家に帰って服用しようとしたところ違いに気づいて来局されて間違いが発覚しました。	外来が混んでいたこともあり、いつもの薬(ベポタスチンベシル10mg)と勘違いして(ベタヒスチンメシル酸塩6mg)を十分な確認もなく渡した。名前が似ている為に勘違いをしてしまった。あいいうえお順に棚にしまっており、以前は間違えないように少し間隔を離していたが、棚の整理をした際に近くによってしまったことによる間違い。	棚の位置を離して、取違注意のシールを貼った。ベポタスチンベシル10mgの剤形をOD錠にして見た目で違いが分かりやすいようにした。(ヒートの大きさが大きい、錠剤の大きさが大きい、ヒートの色が違う、ヒートに記載されている薬剤名が大きい)	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「SN」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	ベポタスチンが処方されていたがベタヒスチンにて調剤して交付してしまった、帰宅後、患者本人がいつも飲んでいる薬であった為、違うのでは無いかと言って来局間違っていて投与したことが発覚した再度きちんと監査して本人にも確認して交付	忙しいときに早く出さなければと1種類であることもあって監査システムの確認を怠って確認ミスとなったこと何で受診したかの確認も怠った。患者もいつもの薬と思って確認もせず持ち帰った	ヒヤリハットが起きた事例などは回覧で局員に周知する 少ない処方でも監査システムはきちんと通すように指導	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
58	眩暈症状で来局された患者さま。アデホスコーワ顆粒とベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方された。が、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgをベポタスチン錠10mgで調剤してしまった。	調剤者は、常日頃から似ているを処方される名前だと感じており、気を付けていた。当該患者は、花粉症や皮膚症状で抗アレルギー剤を服用することもあり、直近でベポタスチン錠の処方があったため取り違えてしまった。	あいいうえお順で近かった調剤棚の場所を離し、注意を促すように表記を変えた。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
59	ベタヒスチンメシルの処方のところ、間違えてペボタスチンベシルを用意。監査時に発覚する。	薬品名が類似しており、また同じ引き出しに保管してある。そのため、急いでそろえる際に取り違えてしまった。	保管場所を別の場所に移動。薬品名の取り違えが無いように、注意喚起の表示。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
60	処方が【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgでジェネリックのベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」で入力を行った。ピッキング作業の際にベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」の調剤の所、ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」で調剤をしてしまった。監査者も監査時に間違いを発見できず、投薬者が服薬指導時に間違いに気づいた。	ヒートの性状や色は違うが、名称の類似によりミスが発生した。	調剤棚のカートリッジにそれぞれ離して入れていたが、ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調剤棚の下にある引き出しに入れて、調剤場所を変更した。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
61	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mgのところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgをピッキング。鑑査時に気づき、大事には至らなかった。	一般名処方での調剤で、耳鼻科の処方ということもあり思い込みがあった。	規格が違うため、規格に丸のチェックを入れるようにして注意を促すようにした。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	ペポタスチンベシル酸塩10mg一般名処方のところ、間違えてベタヒスチンメシル酸塩6mgをピッキングしてしまった。	慣れや焦りから処方箋を最後まで読まなかったため。	処方箋は読み間違えないようにしっかりと読み、ピッキング後ももう一度指さし確認する事の徹底をする。類似名称薬品があることを常に意識をする。	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
63	ペポタスチン10mgが処方された患者様に誤ってベタヒスチン6mgを調剤してお渡ししてしまった。後日患者様が薬局に来局し調剤間違いが発覚した。	ペポタスチンとベタヒスチンの調剤間違いは今までにも何度かあった。名前が類似していること、棚の近い位置に並べられていることが原因と思われる。	調剤する際、医薬品の名前だけでなく、薬情の写真とも照らし合わせて取り間違えないよう注意する。棚の位置を変えて取り間違えを防ぐ。	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
64	調剤時にベタヒスチンを調剤するところを、ペポタスチンをピッキング。監査者が気づき、取り違えを指摘。患者には交付されることなくトラブルには至らなかった。	・調剤が繁忙であったこと。・ペポタスチン・ベタヒスチンなど名前が似た薬を隣同士に配置していた。・注意喚起を促すような札などを設置していなかった。	・ペポタスチン・ベタヒスチンなど、読み間違えをしやすい医薬品は位置を離す。「読み違い注意」などの札を付けて注意を促すよう対策を立てた。・今回の事例を従業員全体に周知し再発防止に努める	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
65	ヒートから一包化用のバラ錠を作る際、ベタヒスチンを500錠バラすべきところ、誤ってペポタスチンを500錠バラしてしまった。容器に詰めたあとに引き出しにしまおうとして、医薬品名を再確認したところ、間違っていることに気づき発覚した。	近頃医薬品の供給が不安定なため、バラ錠が入荷されず、薬局内でトートからバラ錠を作ることが増えていた。薬剤師はバラす医薬品とボトルが合っているか確認するのみで、ボトル作成は事務員に任せていた。	初めて薬局内でバラ錠を作る際には、容器作成時に、今回からバラ錠を作成することで間違いないか薬剤師に確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
66	ペポタスチンベシル錠10mg「タナベ」をピッキングするところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」をピッキング薬剤師の監査にて間違いに気づき、正しいものをピッキングし直した	名称が類似しており、調剤棚の上下に薬品があった為とり間違えが起こったと思われる。繁忙時間帯であり、焦りも間違いの原因になった。	類似名称であり、調剤棚も上下で近いため配置の見直しをすするとともに、全職員に注意喚起を行った	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
67	<p>患者が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】ペボタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mg 2錠 1日2回朝夕食後 56日分 と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数15年)はペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg『タナベ』を調製するところ、誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠6mg『JD』を調製し監査にまわした。</p> <p>監査にあたった薬剤師Bが、処方薬の【般】ペボタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mgでペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg『タナベ』ではなくベタヒスチンメシル酸塩錠6mg『JD』が調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはペボタスチンベシル酸塩OD錠『タナベ』を正しく調製し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。</p>	<p>薬品名が類似しているため間違えた。正しい薬品は10mgで間違えた薬品は6mg、また正しい薬品はOD錠で間違えた薬品は普通錠と、規格と剤形に違いがあったのだが、一般名処方の剤形と規格の確認を怠ったのも原因だった。</p>	<p>薬品名が類似しているのはよくあることなので、成分名だけでなく規格や剤形まで確認するよう徹底した。</p>	<p>【般】ペボタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mg</p>	<p>ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」</p>		<p>ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
68	<p>ベタヒスチンで調剤するところ、ペボタスチンで調剤</p>	<p>名称類似。</p>	<p>名称類似注意シールを貼る。</p>	<p>ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」</p>	<p>ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」</p>		<p>ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
69	処方箋には一般名処方で「ペポタスチンベシル酸塩10mg」と記載されていた。患者さんは先発品を希望していたのでタリオン10mgを調剤すべきところ、当該者は「ベタヒスチンメシル酸塩」と勘違いをし、メリスロン6mgを調剤し、患者さんにお渡ししてしまった。患者さんは平素タリオンを服用しており、自宅に帰ってからいつもと違う薬であることに気づいて、再度来局し、服用前に正しい薬と交換した。	当該者が一般名に慣れていなかったこと、薬剤名を規格までしっかり読まなかったことが原因であると思われます。また昼休憩の時間であったため、勤務にあたる薬剤師の人数が少なく、十分な確認をすることができなかったのも原因です。	薬剤名を読むときは規格まで読むこと。一人で勤務に当たる時間でも、焦らずに確認を怠らないこと。	タリオン錠10mg	メリスロン錠6mg		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
70	一般名処方で「ペポタスチンベシル酸塩錠10mg」と記載されていたが、近くに棚にあった「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg」をピックアップしてしまった。監査時に別の薬剤師が気づき直した。	勤務年数がまだ短く調剤に不慣れなため、効能や医師の処方意図等を考えずに調剤してしまった。	調剤前に処方内容の確認を行い、調剤時は薬の規格を必ず確認しながら行うことを再度周知徹底した。類似名の薬品があることを、「類似名あり」と注意喚起するメモを棚に貼った。	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
71	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mgを調剤しなければならないところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを調剤してしまった。鑑査の薬剤師が気が付いたため、患者へは交付しなかった。	同じ引き出しにあり、名称が似ていたため誤って調剤してしまった。	医薬品名、規格まで確認し調剤を行う。	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
72	ペボタスチンが処方されていたが、薬剤師が調剤時に名称のよく似た、ベタヒスチンをピックアップした。監査時に誤りに気付いた。調剤監査システムを使用していなかったため、監査時まで誤りに気付くことができなかった。	繁忙時であったため、処方箋をしっかりと見ていなかったことが原因と考える。監査システムも使用していなかった。	繁忙時であっても、必ず調剤監査システムを使用するように、徹底した。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
73	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には【般】ペボタスチンベシル酸塩錠10mg 2錠分2朝夕食後30日分と記載されていた。事務員A(職種経験年数2年)はペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調製するところを誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」を調製し、鑑査に回した。 鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」ではなくベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」が調製されていることに気づき、調整した事務員Aに間違いを伝えた。事務員Aはペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」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。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」と名称が似ていたため間違えた。また早く取り揃えないといけないという焦りがあった。	業務手順を再度確認して、調剤者がピックアップした後に監査に回す前に薬剤の再確認を徹底するようにした。名称類似の薬に関して再度注意喚起を行い、薬棚の部分に類似薬品注意の記載を行った。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
74	めまいを日常的に訴える患者でベタヒスチンメシル酸塩が定期で処方されていた。ペボタスチンメシル酸塩を間違えて投薬してしまった。患者が帰宅後気が付いて来局して発覚。服薬には至らなかった。	一般名がとも似ている。棚が一段違いでピックアップしたときに間違えても気が付かった。	棚の段を離して、「めまい」と「アレルギー」と標記した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「トール」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
75	初めて来局の患者。薬は他薬局より継続して服用している。おくすり手帳は今日は持っていないとのこと。薬剤師が処方せんを受け取った時点で、一般名:ベタヒスチンメシル酸塩錠と読み間違えた。患者本人にいつも飲んでるのは先発薬かGE薬かを確認し、いつも先発薬タリオンであると聞き取る。 調剤時、錠数が多いことが気になったが添付文書に適宜増減の記載があるので交付時に本人に確認することとする。交付時、本人に実際に薬を見せたところ、普段と同じ、1日6錠飲んでいるという確認を得たので交付した。翌日、患者本人より薬の名前が違うとの指摘を受け、すべて回収し、交換した。誤薬は服用されていない。	すべて薬剤師の思いこみが原因。処方せんに記載されている内容の再確認が不十分だった。気が付くチャンスは何度もあった(処方せんを受け取った時、調剤時、投薬時)にも関わらず気が付かなかった。おそらく患者本人はいつも負担金額が違うとも思ったと考えられる。	ただただ処方せんの内容を確認して調剤する以外にはない。一般名処方時は、皆の思い込みで監査を抜けてしまわないように、常に違う目で見えるように注意をする。おくすり手帳を持っていない時でも、現在服用されている薬について、これまで以上に聞き取り、確認するようにする。	メリスロン錠6mg	タリオン錠10mg		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
76	一般名処方で「ロフラゼパ錠1mg」記載のところ、「ロラゼパム錠1mg」を調剤し、調剤監査システムによる入力後との照合で別薬剤を調剤した間違いに気づいた。	当日はロラゼパム錠の処方が多く、繁忙もあり、思い込みをしてしまった。	類似名称薬剤のスタッフ共有と調剤監査システムの徹底した活用を再周知した。	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg 「トーワ」	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
77	ロラゼパム錠1mg処方のため調剤を行い、監査にて調剤を行ったのがロフラゼパ酸エチル錠1mgであることが発覚。名称類似薬剤のため保管場所を離れた場所へ移動	名称類似薬剤が存在していると知りながら確認を怠り調剤を行った。向精神薬であり同じ保管場所であったための取り違い	同じ引き出しでも離れた場所へ移動。当薬局で処方の多いロラゼパム錠の近くに『類似名称薬剤あり注意』と記載	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg 「日医工」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
78	一般名でロラゼパム錠1mgが処方されていたがFAXで届いたために他の業務と並行して行っていたためにうっかりミスで向精神薬の引き出しに入ってたロフラゼパ酸エチル錠1mgと取り違えて調剤し監査してトレーに入れて所定の棚に取りおいておりました。患者さんが来局され投薬する際に再度確認したところミスに気づきロラゼパム錠を調剤しお渡ししました。	FAXで届いた場合でいつも来られてる患者さんの時はつい慢心し、ながら調剤をしてしまう場合がある。	このようなケースが発生したことを全員で情報共有し再度注意をして調剤監査することとする。	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg 「トーワ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
79	ロラゼパム錠1mgを集薬するつもりがロフラゼブ酸エチル1mgを誤って集薬してしまった。	同効薬で向精神薬のため、同じ引き出し、棚に入っていたため、取り間違ってしまった。慣れ、慢心で誤ってしまった。	同じ引き出しの中でも、商品名が似ているものはなるべく離して整理する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
80	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」の処方に対し、ロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤し、鑑査で気づかず交付してしまい、患者に指摘された。服用はしていない。	薬局の薬剤師のうち在宅業務で不在者がおり、薬剤師の人数が不足して繁忙であったため調剤に焦りが生じ、箱の類似薬品あり注意の表示を見逃した。	類似薬品ありの記載を薬剤師全員で確認した。ロラゼパム錠1mgが不動在庫だったため、箱を封印しロフラゼブ酸エチル1mgと配置を離した。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
81	<p>12月11日午前11時30分ごろ、ロフラゼブ錠1mg「サワイ」が処方されているところ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」でお渡し。12月26日18時25分ごろ、患者より緊急電話にTELがあり調剤過誤は発覚した。「8日ほど服用して、気分不調により3日間仕事を休んでいる。以前渡していた残薬2錠があるのでどうしたらいいか?」「間違えて渡ったロラゼパムは外観が違っているが、放送変更品だと思ってた」とのことだった。</p> <p>以前渡していたロフラゼブを服用し、気分不調が続くようなら、受診してくださいと伝え謝罪し、正しい薬と取り換えた。翌日、再度健康被害確認のTELをし、午前中は仕事に行ったが、午後は休んでしまったとのこと。喉のつかえがあるため、明日受診予定と確認した。病院受診後、症状は回復傾向の為、薬の変更等はなく、経過観察することとなった。</p>	<p>ロフラゼブとロラゼパムの名前が類似しており、財形・規格・メーカー名も同一だった。類似していることは知っていて普段から注意していたが、混雑している時間帯だった為焦っており、見落としした。</p>	<p>ロフラゼブとロラゼパムのカセットを離してピッキングミス防止措置をとる。カセット部位にロフラゼブは「メイラックス」、ロラゼパムには「ワイボックス」とテプラを貼る。混雑時でも、一呼吸おき、落ち着いて監査する。監査時、1文字ずつ監査し、間違えないようにする。</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」</p>	<p>ロラゼパム錠1mg 「サワイ」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
82	<p>一般名記載の処方せんでロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」を用意するつもりがロラゼパム錠1mg「サワイ」を手にとってしまったメーカーの注意喚起も2019/04からされているが投薬前に気が付いたので問題は起きなかった</p>	<p>勤務状況が繁忙だったが管理薬品の使用数の数量の声かけだけは手順として守られていたので問題の起きる前に事なきを得た</p>	<p>名前の似ているものをそばに置かないよう工夫しました。</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「SN」</p>	<p>ロラゼパム錠1mg 「サワイ」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
83	調剤時薬剤取り違い。監査時に気づき交付には至らず。	名称の酷似	薬剤棚に注意喚起の表示。薬剤交付前に調剤者と別の監査薬剤師を必ず通す。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
84	ロフラゼパム1mg14錠調剤すべきところをロラゼパム1mg14錠調剤した。患者本人からの問い合わせにて発覚。服用前で患者さんには有害事象はなし。	繁忙日で監査システムを通さず監査調剤してしまった。	監査システムは必ず通して監査を行う類似名称については注意喚起となる目印をつけた	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
85	ロフラゼパムエチル錠1mgが一般名で処方されていたが、ロラゼパム錠1mgと思い込み調剤。鑑査機械で間違いを発見。	どちらも口から始まり、1mgと規格数も同じため調剤中に先に目に付いたロラゼパムの方を取ってしまったと考えられる。処方内容の確認が不十分だった。	指さしをして処方されている薬剤を全部見るように徹底する。類似名称がある薬には札等で注意喚起を行う。	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
86	ロフラゼブの処方に対してロラゼパムのピックアップ。監査で発覚	名称類似だが持続時間や使い方も違う。同じ夕食後のみなどの用法で出ることもあるため注意	分かりやすいように棚を配列	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「SN」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
87	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」を調剤するところ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤した。	2022年3月1日(火)16時頃に、平素より当薬局を利用している患者(44歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」1日2錠分2朝夕食後30日分と記載されていた。	調整した薬剤を鑑査する際処方箋と薬剤、薬剤と薬情と2度鑑査する事となっていますが、シートの色も似ており鑑査の際きちんと薬剤名を見ていなかったと思われる。薬剤名をはっきり読み上げ鑑査者と確認を怠らないことといたします。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
	薬剤師A(職種経験年数17年)はロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」を調製するところ誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」ではなく、ロラゼパム錠1mg「サワイ」が調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」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。						
88	ロラゼパム1mgが処方されている患者さんにロフラゼブ1mgを渡してしまった。帰られたあとに間違ったことに気づき患者さんに連絡し正しいお薬と交換した。	ピックアップの際にも間違い、鑑査時にも見落としてしまった。鑑査の際の注意不足が原因。	名前が似ているお薬の箱には取り間違い注意の旨を記載した。また今回の事例に関してすべてのスタッフに報告し、注意喚起した。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	メイラックス錠1mgをロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」に代替する。ロラゼパム錠1mg「サワイ」で間違えて調剤・鑑査して患者にお渡し。	医薬品名類似、保管場所が同じ、メーカーも同じ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」はよく使用するため慣れと思ひ込みがあったと思われる。当該患者は自宅にもどってから気づき後日薬局して薬を正しいものに交換した。	類似医薬品は調剤室内の対策をしてもまたいづれ間違いを起こす事が多い。当薬局では当該患者には投薬時すべての処方薬を見せて確認の上渡す事にした。(トリプルチェック)	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	【般】ロラゼパム酸1mgが処方され、GE希望のためロラゼパム1mg「サワイ」を調剤しようとしたところ、名称が非常に似ているロフラゼブ酸1mgを誤って調剤してしまった。	薬品名棚が名前順で前後に配置されているため取り間違いを起こしてしまった。	ロラゼパムとロフラゼブの間にワイパックスを配置し、間を空けることにより誤調剤防止に努める。似た名称あり!と白地に赤字のシールを貼り注意を促す。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
91	ロフラゼブで処方のところロラゼパムで調剤してしまった。	どちらも普段からよく出るお薬で、名前も類似しているため間違えてしまったと考えられる。	類似名ありと表示することで、再度確認して調剤するようにした。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
92	事務Aはロフラゼブ錠1mg「サワイ」をピッキングするところ、ロラゼパム錠1mg「トーワ」をピッキング。ピッキング監査システムでエラーとなったが、類似名称に気づかず、薬剤師Bにシステムエラーと報告した。薬剤師Bは類似名称について説明し、事務Aは正しい薬をピッキングして監査に回した。ピッキング時に間違いに気づいたため、患者には正しい薬が交付された。	経験年数1年未満のうえ、混雑時で焦っていたロラゼパムの箱には「類似名称」の注意喚起の札がつけていたが、開封時にちぎられていた	社内全体に事象を報告した薬の箱を輪ゴムで十字にしぼり、注意喚起の札を外さないようにした	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
93	ロフラゼブ交付の所ロラゼパムをお渡ししてしまった。患者様が服用時に気が付き、薬局に電話されたため服用はされなかった。	似た名前のお薬が隣にあったため。	酷似するお薬は間違い防止のため、場所を変えるなどの改善をする。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
94	ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」を渡すべきところをロラゼパム0.5mg「サワイ」で渡した。投薬後、商品発注時に気づき患者に連絡し交換した。患者は服用前であった。	当薬局ではいずれも本規格のみ在庫しており、ロから始まる5文字、銘柄「サワイ」でロゴが類似しており、ともに向精神薬のため保管場所が近いことから日頃から注意している品目であった。調剤した薬剤師はそれ意識しすぎて逆のものを取り出してしまった。監査した薬剤師は他の処方箋の監査の合間に該当処方を挟み込んだため集中力が低下していたと考えられる。	採用銘柄の変更を検討したがロラゼパムは後発品がサワイしかなく、ロフラゼブは出荷規制のため他銘柄が入手不可能であった。そのため薬剤を箱ごと袋に入れ、袋に使用する患者名を記すこととした。出荷規制が解除されたら銘柄変更を検討する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
95	ロフラゼブ錠1mgの処方だったが、ロラゼパム錠1mgを調剤し、監査時に間違いが発覚。	込み合っている時間帯で、ロフラゼブ錠1mgは当該患者1名のみの使用で、ロラゼパム錠1mgは数名の使用があったため、思い込みで調剤したと思われる。	処方箋の薬剤名は最後まで見るようにし、監査も2名で行い、声出し確認を徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
96	頓服としてロラゼパム錠0.5mg「サワイ」が処方されたが、誤ってロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーワ」をピックアップしてしまった。	どちらも向精神薬として錠付きの同じ引き出しに入れてあり、名前が似ている為、間違えてピックアップしてしまったと思われる。	類似した名前とはいえmg数も違うので、ピックアップする時は、分量もしっかり確認しながら調剤するように周知徹底することで再発防止に努めたい。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーワ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
97	処方内容はロフラゼパム酸エチル1mg 0.5錠30日分でしたが事前ピッキングされていた薬剤がロラゼパム1mg「サワイ」でそのまま半錠の指示があったので薬剤師が半錠にし分包した 誤りやすい薬剤ですので監査の薬剤師が直ぐに気が付き再度半錠を作り直し投薬実施。	事前ピッキングはクラークさんが実施していましたが店舗着任からまだ3ヶ月程度で不慣れな為誤りやすい間違えをしてしまった。	応援等で通常店舗に努めていない薬剤師やクラークさんが勤務する場合もあるので間違いやすい薬剤にはカードを作成して貼っておくようにする。漢方で実施しているような1文字監査を実施する。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
98	ロフラゼパム酸エチルとロラゼパムの取り違え 患者様よりいつものと包装が異なると声をかけていただき気付く	ピッキング、監査と異なる人間で行われたが監査時に思い込みで交付間違いが発生	類似した名称であることを注意喚起を行うよう情報を共有する	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
99	ロラゼパムとロフラゼパムの医薬品名が似ており取り違えた。	医薬品の名称が非常に似ていたため。	声出し確認を行う。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
100	処方せんにメイラックス錠1mgと記載されており、ジェネリック医薬品を希望されている患者なのでロフラゼブ酸エチル錠で調剤すべきところをワイボックス錠のジェネリック医薬品であるロラゼパム錠で過って調剤をしてしまった。上記の調剤ミスに気付くことが出来ず、患者様には誤った医薬品を渡してしまった。	繁忙な時間帯であったために、確認作業を怠った。また、慢心や慣れなどの心因的な原因も考えられる。	名称類似医薬品に印をつけるなど、調剤を間違えないように防止する。また、監査者は基本に立ち回り1つずつ医薬品を監査するように意識する。	メイラックス錠 1 m g	ワイボックス錠 1. 0		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
101	医療事務が、レセプトコンピュータ入力時、エクセラゼ配合錠の処方箋記載があり「エクセ」と入力検索し薬剤が表示されたが、エクセラゼ配合錠を選択せずエクセグラン錠を選択してしまった。監査時、薬剤師が入力誤りに気が付いて修正された。	エクセラゼ配合錠の処方箋記載であったが、混雑時のため焦ってレセプトコンピュータ入力時に「エクセ」と入力検索後、エクセラゼ配合錠を選択せず、誤ってエクセグラン錠を選択してしまった。	エクセと検索した場合、エクセラゼ配合錠とエクセグラン錠 100m g、エクセルダームクリーム1%が検索されることをスタッフに周知。	エクセラゼ配合錠	エクセグラン錠 1 0 0 m g		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
102	処方医の処方ミス。エクセグラン錠をエクセラゼ配合錠と誤って処方した。投薬時に患者との会話により発覚。	名称類似薬の処方ミス。	新規の薬剤が処方された際は、どのような説明を受けたかを必ず確認する。			エクセグラン錠 1 0 0 m g	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
103	普段から予製をしている患者様だった。前回と同じ薬内容だと確認して予製袋から薬を出してポリムスに通した際にエラー音が鳴った為に薬剤を確認。アロチノロールではなく似た名称のアロプリノールが予製で調剤されていた為に間違いが判明した。	似た名前から思い込みで予製を調剤していた可能性がある。	似た名前の薬剤には注意喚起の紙を貼って視覚でも気付けるようにする。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「DSP」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
104	一般名アロプリノール錠(100)で継続処方であったが、手入力の際アロチノロール(10)で入力し調剤、鑑査を経て、投薬時薬剤師Aが前回処方と違う事を発見した。再度アロプリノール(100)で入力し調剤鑑査をし直して、患者には正しい薬を交付した。	混雑していた時間帯で、手入力の際、名称が似ていたアロチノロール(10)を選択してしまった。	入力後の段階で処方箋と再度の見合わせ、前回処方との見合わせの徹底を行う。	アロプリノール錠100mg「トーフ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーフ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
105	手の震えがあり神経内科を受診。アロプリノール100mg1錠分1朝食後の処方があり、患者から症状を聴取したところ処方薬が不適と判断。疑義紹介したところアロプリノールとアロチノロールの処方間違いと返答あり。Drよりアロチノロール10mg0.5錠へ変更するように指示あり訂正後の薬をお渡し。	薬品名が類似しているため処方間違いが発生した。	投薬時に症状を聴取し、主訴に合った処方かどうか確認する。			アロプリノール錠100mg「トーフ」	アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
106	患者が多く忙しい時間帯であった。処方せんではマイスリー5mgが処方されていた。処方せんを確認して事務がマイスタン5mgピッキングしダブルチェックもスルー。最後薬剤師監査時に間違いに気づいた。	当薬局ではトリプル監査を行っている。基本的に薬剤師の指示の下、調剤助手(事務)がピッキング作業を行うことになっている。今回、調剤録での確認作業(当薬局では薬剤ごとに棚番を付けておりそれを確認してピッキングすることとしている)を怠り処方せんのみでピッキングをしてしまったことがミスに繋がったと思われる。	業務手順書をもう一度確認。忙しい時間帯であっても、処方せん、調剤録(薬剤棚番)を突合して確認の徹底を図る。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
107	過去医師がマイスリー処方すべきところ、マイスタンが処方されてそのまま調剤し服用していた。今回も同様の処方があり、患者への聞き取りにより、不眠とのことでマイスリーの処方ではないかと疑い、疑義照会してマイスリーが正しかったことが発覚。	前回患者への聞き取りと、処方監査が適正ではなかった。	今回の事例を職員間で周知するとともに、処方をそのまま調剤するのではなく、患者の病態に応じた処方がなされているかを常にチェックする姿勢を持つこと、また、日々の研鑽も大切なことを伝えた。			マイスリー錠5mg	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
108	マイスリー錠のところマイスタン錠が処方になる。	医師の入力ミス。	患者の症状確認、処方内容に疑わしい時は主治医に問い合わせが必要。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
109	マイスリー錠5mg処方のところ、マイスタン錠5mgで入力していた。	5mgしか確認していなかったため違った薬剤で入力した。	規格だけではなく、必ず薬品名の確認を行うこと。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
110	処方された医薬品が多種類あり、配置のかが一緒であり、しっかり確認せずにピッキングしてしまった。ピッキング後他の薬剤師が調剤監査にて気が付いた。	類似した名称であり、同じカゴの中にありしっかり確認せずにピッキングしてしまった。	類似注意の付箋を貼り注意喚起した。また調剤・監査は必ず一人で行わないようにした。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
111	ルパフィン錠10mgで処方されていたところ、ルセフィ錠2.5mgでピッキング。鑑査時に発見した。	繁忙時であり、思い込みにより取り間違えたと思われる。また、経験が浅く医薬品の名称に不慣れだったことも要因と考えられる。	ルセフィ錠はハイリスク薬として別の引き出しで管理している。ハイリスク薬の周知を徹底する。また、鑑査時の確認を徹底する。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠2.5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
112	いつも定期的に来られている患者さんが、1包化指示のあるDO処方の処方箋を持ってこられた。処方箋に従い、調剤助手が1包化を行った。薬剤師が監査時にルセフィ2.5m gのところルパフィン20m gが分包されていることに気づいた。監査時に気づいたため患者への健康被害はなかった。	頭文字が同じため、同じ引出しに入っていた医薬品を見間違えた。手撒きで複数錠を分包しなければならなかったため、集中力が散漫となった。	一包化において、手撒きの特には、処方箋と実物を確認してから調剤を行う。ヒートの残渣は監査時までとっておく。	ルセフィ錠2.5m g	ルパフィン錠10m g		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
113	ルパフィン錠10m gが処方されているところをルセフィ錠2.5m gをピックアップした。	処方箋を薬局に持ってくる前に処方された内容を電話で連絡ももらった。ルパフィンとルセフィと聞き間違えていた。ルパフィン錠は、薬局に在庫していなかった。	電話での対応で、聞き取った内容を復唱し再確認をする。処方箋できっちり確認してから調剤をする。	ルパフィン錠10m g	ルセフィ錠2.5m g		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	同一時間帯に二人の患者さんの処方箋を受け付けた。一人の患者さんに待っていただき、もう一人の調剤量の少ない患者さんを先に済ませた。もう一人の患者さんの調剤は、軟膏の混合調整もあり、時間がかかってしまったので、少し急いで作業をしていた。調剤薬の中に抗アレルギー薬が2剤あり、その内のルパフィン錠を調剤台の近くの場所にあったルセフィ錠と取り違えて取りそろえた。薬袋に薬剤を入れ、患者に渡すのに少し慌てていた。薬袋から薬剤を取り出して説明し始めた時点で、違う薬剤であることに気づき出し直した。	患者さんが重なって来局されたので、順番に調剤する必要がありますが、この場合は早く調剤して渡せる患者さんを先に、調剤に少し時間のかかる患者さんは理由を説明して待ってもらうようお願いしましたが、若干急いで作業していました。そのためピッキングミスが生じてしまいました。	名前の似通った薬剤は薬効を、保管箱に記載するようにしています。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠2.5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
115	処方記載でルセフィ5が28日分処方集薬時間違ってルパフィン10で集薬	ルセフィがあまり取り扱う機会が無かった為、毎日よく処方が出ていたルパフィンと頭の文字の認識だけで取り違った為と思われる。	類似品では無いためすぐ気づいたが、取り扱いの少ない薬については処方入力時に○を付けるなど注意する	ルセフィ錠5mg	ルパフィン錠10mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
116	先発名処方であテレック錠5mgが処方されていたが、ピッキング者が誤ってアレロック錠5mgで調剤してしまった。監査者も誤りに気付かなかったものの、投薬時に投薬した薬剤師が気づき発覚。その場で取り換えた。	アテレックとアレロックは名称や規格が類似しており、当薬局ではどちらも採用している。2剤とも調剤機会も多く、以前からこの2剤に関する取り間違いについては注意していた。医薬品棚に名称注意の札を貼っていたが、長年の慣れにより注意を怠ってしまいミスが発生した。	改めて局内スタッフ全員で名称類似に関して情報を共有するとともに、該当の2剤をあえて隣通りに配置し、名称注意の注意札を目立つように貼付した。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
117	アレロックとアテレックのピッキングミス	アレロックとアテレックが名称類似のためピッキングミスをした	アレロックとアテレックが名称が類似しているため気を付けることをスタッフに周知した	アレロックOD錠5	アテレック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
118	アテレック錠5mgが処方されるところ、アレロック錠5mgを調剤ピックしてしまった。投薬監査の際に気が付き正しい物を調剤しお渡し。	花粉症のシーズン手前で、患者様より処方箋を受け取る際に「花粉症の薬が追加になったよ」と会話後に調剤をした。花粉症の薬が追加と思い込み、レセコン入力の処方箋を遠目で確認してアレロック錠を調剤してしまった。	必ず処方箋を目下確認しながら調剤ピックする。レセコン入力中など、処方箋が見えにくい状況での調剤をしない。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
119	コロナ陽性患者家族が陽性患者の処方箋を持参(中学生2人)処方箋には一般名:シルニジピン(10)1錠×7日分が処方されていた。保険番号が28270601だった為、血圧の薬は適応外と思いきクリニックに問い合わせたところ、鼻水で処方していると返答あり。アレロックの間違いでは?と確認したところ医師はアレロックを処方したと思い込んでいたようで、処方間違いであることに気づき、処方変更がなされた。	診察時に医師はアレロックと秘書に伝えたところ、医療秘書が聞き間違えアテレックを入力し、一般名処方に変換したのが原因と思われる。	今回はコロナ公費適用の薬でないと思われる薬が処方された為、医師に処方確認で疑義照会をして発覚したが、通常保険で処方されることから、今回のように患者代理(子供)がきた場合は疑わしい時は電話等で本人に確認することで調剤ミスを防いでいきたいと思っております。			アテレック錠10	アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
120	アレロックOD錠5が1日2回朝・就寝前各1個7日分で処方されていた。応援薬剤師がピッキングしたところ、アテレック錠5と間違えてピッキングしたことに薬剤師Bが鑑査中に気が付いた。その後、正しく調剤して患者さんにお渡しした。	アレロックOD錠5とアテレック錠5は同じ引き出しに入っているため、頭文字のみで判断してピッキングしてしまった。また、応援できていたため調剤室内の環境に慣れていないことも原因の一つだと考えられる。	忙しくても頭文字のみで判断しないようにスタッフに注意喚起する。また、同一引き出し内でも物同士を離して配置する。	アレロックOD錠5	アテレック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
121	該当患者へ初めてスミルスチックが処方されたが、スチックゼノールを調剤してしまった。患者への交付の際に誤りに気づき交換した。	名称、外観の類似品であり、一人調剤、監査であったため気づくのが遅れてしまった。	処方の少ないスミルスチックは場所を移し、目立つように注意喚起の札を取り付けた。	スミルスチック3%	スチックゼノールA		スミルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	ベンズブロマロン25トール供給不足による混乱及び繁忙中につきユリノームピッキングすべきところをユリノームピッキングしてしまった	ベンズブロマロン25トール供給不足によりユリノームをピッキングすべきところ、多忙につきユリノームをピッキングしてしまった。ジェネリック医薬品及び先発医薬品の供給不全により情報が錯綜し、多忙も相まって判断が誤ってしまった。	今一度供給不全薬の確認、ジェネリック→先発、先発→ジェネリックの確認を徹底することとする	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg		ユリノームとユリーフの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
123	新規患者。他クリニックの処方当クリニックで処方希望。何らかの情報提供があったが医師がユリーフ錠を処方すべきところ、処方箋にユリノーム錠で記載。	患者様からの既往症の確認。新規患者様の薬の処方に対してはお薬手帳がないときは、聞き取りをしっかりと。少しでも疑問があるときは、処方箋発行先に確認する。	既往症で聞き取りに対して、無関連の薬が処方されたときは必ず疑義紹介する。			ユリノーム錠25mg	ユリノームとユリーフの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
124	処方箋記載のテグレート錠100mgを誤ってテオドール錠100mgで調剤した。	類似名称の医薬品であり、慣れもあり、思い込みと確認不十分で調剤した。	処方箋の確認を丁寧に行うとともに、間違えやすい医薬品をあらかじめ認識しておくことにより、読み間違いを防ぐ。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
125	定期に来局されている患者に三叉神経痛でテグレートが処方された。薬剤師が調剤を行った時、テオドールをピッキング。別の監査の薬剤師の私的により、ミスが発覚。交付前に交換した。	昔からよくあるミス。ただ単に名前が似ているだけの凡ミス。	しっかりと処方内容を確認するよう徹底。	テグレート錠200mg	テオドール錠200mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
126	顔面神経痛の患者様にテグレート錠の100mgが出ていたところ、棚からとる際にテグレート錠の200mgの横にあったため名前の似ているテオドール錠100mg間違えて取ってしまいました。検薬時、薬歴時にもテグレート錠だと思い込み数を確認し交付してしまいました。夕方の在庫の際にテグレート錠100mgではなくテオドール錠100mgを交付してしまったことに気が付き、すぐに連絡し交換しましたが、朝服用分を帰ってすぐに1錠服用してしまっていたため体調が変わりがないことを確認し、もし何かあれば連絡いただけるようお願いしました。	テオドール錠100mgをテグレート錠200mgの横に並べて配置してしまっていた。患者様がたくさんお待ちだったため慌ててしまった。	テグレート錠100mgとテグレート錠200mgを並べて配置。テオドール錠100mgは引き出しに収納しました。忙しい時こそ念入りに慌てず、薬品名や規格を確認する。検薬時には処方箋のコピーに印を付けながら確認する。薬歴時には一度薬袋から出して処方箋、薬袋と照らし合わせながら確認する。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
127	テオドール100mgが処方されていたが不足していた。不足分をお渡しする際にテグレート錠100mgで調剤してしまった。	不足薬だったため、手順がいつもと異なっていた。	不足薬についてもしっかり手順を決め、ダブルチェックを徹底する。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	テオドール錠200mg 交付するべきものをテグレート錠200mg で調剤しお渡し。服用前に患者本人が薬剤が違うことに気づき発覚。	200mg規格はテオドール、テグレートどちらも採用しており、名称類似の為誤って調剤し、監査も通ってしまった。監査システムを使用するルールではあるが、今回はそのルールが順守されていなかったことも要因である。	テオドールの採用をやめテオフィリン錠のみ採用し、監査システムを必ず使用するルールを順守させる。	テオドール錠200mg	テグレート錠200mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
129	タケルダ配合錠が処方されていたところをタケキャブ錠をピックアップした。	処方せんを見間違えた。	処方せんの確認をしっかりと行う	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
130	来院が予定されている1週間前に前回の処方内容に準拠して薬剤を予製し、当日の処方調製に備えた。患者来院時に投薬に先立ち、予製されていた薬剤と処方箋と鑑査したところ、予製が間違っていたことが判明した。	予製に際しても同一薬剤師が行ったが、別の薬剤師が鑑査・投薬を行うべきであった。	投薬に際し、患者に調剤した薬剤を見せ、効果・副作用等を説明すると共に、今までの薬と変わらないことの確認を行う。	タケキャブ錠10mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
131	タケルダ処方されていたが、間違えてタケキャブを調剤した。	狭心症と診断され新規でタケルダ処方される。	タケルダ、タケキャブの棚に名称類似品ありと注意喚起。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
132	薬品名類似による勘違いです。	薬剤師一人で調剤(一包化)した。	必ずダブルチェックする。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの 販売名類似については、 薬剤取違い事例等が複数 報告されていることから、 製造販売業者は医療 機関へ注意喚起を実施し ているところである。
133	ポリムスを通すときにとこなる薬 剤がとうろくされていたことが発 覚	名称が似ていたため、ポリムスを通す 際に間違えた様子(薬剤はあ っていた)	ポリムス通す際に必ず時錠剤本体 を通す	プロタノールS錠15 mg	プロスタール錠25		プロスタールとプロタ ノールSの販売名類似に ついては、薬剤取違い事 例等が複数報告されてい ることから、製造販売業 者は医療機関へ注意喚起 を実施しているところ である。
134	医師が紹介状に基づきノルバスク 錠を処方するところを誤ってノル バデックス錠を処方した。薬歴か ら高血圧の治療のためにノルバス クを服用していた。ノルバデッ クスは乳癌の薬なので男性には一 般的ではありません。疑義照会して 確認した。	混雑していたため気持ちが焦り、 確認の徹底がなされていなかっ た。薬の名前が類似している時は 鉛筆で二重チェックするように気 をつける。	薬歴を見て、前回と処方内容の確 認していく。調剤する前に診察状 況を聞く。いつもの処方内容でも 薬を交付する際には一つ一つ確認 の徹底をするように気をつける。	ノルバスク錠10mg	ノルバデックス錠10m g		ノルバデックスとノルバ スクの販売名類似につい ては、薬剤取違い事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を 実施しているところ である。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
135	ザイティガとザルティアのとり間違え	類似している名称。処方科も同じことが原因と思われる。	規格まで確認することを支持。レセコン名称に名称後に抗がん剤と記載。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠5mg		ザイティガとザルティアの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
136	セロクエル処方だったが類似名のセロクラールを選んだ。3文字入力だが前3文字が同じなため、見落としがあった。	繁忙はしていない時間帯であった。余裕があったからこそ油断したのか、見落としがあった。	類似名品は数多くあるので3文字だけでなくすべて確認する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
137	アスペノンカプセル20mgの処方にアスペリン錠20mgを調剤した。	忙しかったこと処方薬剤が多かったのと薬品名が類似していたこと以上が原因と思われる。アスペリンとアスペノンの処方頻度が少なく名称が類似しているのが原因と思われます	薬局内で事例の検証をして共有する自己調剤時は仕方ない場合に限るが、その場合は監査を十分する	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20		アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	処方上にリオベル配合錠HDとカナリア配合錠が併記。カナリア配合錠が今回初回であった。DPP4阻害で同種同効となるため疑義照会。医師の医薬品選択間違いと判明、正しい内容のカナグル錠に処方変更となった。	医療機関での処方箋入力時に類似した医薬品を間違えて入力してしまった。入力された内容を確認せずに処方箋を発行してしまった。	処方内容を品目だけでなく薬効で読み取ることで、医師の処方ミスに気づくことができた。処方監査が調剤前の大事な業務となることから、今後も最新の注意を払って処方監査に臨もうと思う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
139	処方内容カナリア配合錠 朝食後×1錠 24日分 患者、糖尿病治療初回であり、他院での治療も実施したことがない。カナグルやテネリアも服用歴もないが、初回にも関わらず配合錠が処方されていた。電話にて、間違えないか医師に疑義照会したところ、下記に変更となった。カナグル100mg 朝食後×1錠 24日分	医師はカナグルを処方する予定であったが、パソコンでの検索の際、「カ・ナ」で検索し、誤ってカナリア配合錠を入力したと思われる。	患者の過去の服用歴の確認。初回で配合錠の処方であれば医師に確認する。			カナリア配合錠	カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
140	新規の患者様にカナリア配合錠1日1錠が処方されていた。お薬手帳にはこれまでカナグル錠100mg1日1錠が調剤されていたため患者様に血液検査の結果、処方医からお薬を変更する旨の説明等がなかったことを確認し、処方医に疑義照会。事務の入力間違いと判明。カナグル錠100mg1錠に変更された。	カナリア配合錠とカナグル錠と名称が類似しており、また薬効も類似しているため入力時に間違えが起きたものと推察される。	これまで服用していたお薬の確認、血液検査等の内容や患者様への体調などの聞き取りを丁寧に行う。処方内容がこれまでとは変更になっていた場合は、患者様に処方医から何らかの説明があったかなどより詳細に聞き取りを行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
141	カナリア配合錠とネシーナ12.5mg同時処方カナリア配合錠は、同薬効のDPP-4阻害剤を含むため問い合わせカナグル錠100mgへ変更	カナリア配合錠とカナグル錠名称が似ているため。	配合錠薬の配合薬品名を記載したものを貼り付け再度確認して処方監査するようにしました。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
142	カナリア配合錠が処方されていた患者に対して「血糖コントロールが良くないため薬を変更する」と医師より説明あり。変更内容がカナリア配合錠からカナグル錠へ変更になっていたため疑問に思い疑義照会を実施。医師がカナリアとカナグルどちらが配合錠であるか勘違いをしていたため血糖値が高いのにカナリア配合錠からカナグル錠へ変更してしまったと推測される。疑義照会の結果、処方内容が見直されたため変更間違いを訂正することができ、さらなる高血糖状態になることを未然に防ぐことができた事例。	配合錠が多くなっている昨今、名称が類似しているものもあることから勘違いしやすくなっている。配合されている医薬品やその用量などをしっかり把握し、医薬品の変更内容や増量・減量など検査値などでしっかり確認する必要があると考える。今回の件は「薬の変更の説明を受けている」と「カナリア配合錠からカナグル錠へ変更があった」という事実だけを見ていたらさらなる高血糖を招いていたと思われる。変更があった場合には検査値を確認することを徹底していかなければならないと考える。	患者（またはその家族）からの情報と処方内容だけでは処方監査は不完全であることを認識し、変更の内容と該当する検査値については必ず確認するようにする。			カナグル錠100mg カナリア配合錠	カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
143	レルベア継続処方の患者様に、スピオルトレスピマツト新規処方。前回まではレルベア、スピリーバレスピマツト併用。β2刺激薬が重複。患者様も医師からの説明はなかったとのこと。	名称類似による処方薬の選択ミス？	処方のみでなく、薬歴からも処方監査する。患者様との会話の中でも違和感があれば疑義照会を行う。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2, 5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
144	新規施設入所患者で初めて施設医による診察があり当薬局で処方を受け付けたところ、吸入薬がスピオルトレスピマツトとブデホルの2種類が処方箋に記載されていた。同効薬が含まれていたため医師へ疑義紹介しスピオルトがスピリーバの入力ミスであったことが分かった。	新規患者で初めての処方であったため、今回入力ミスが起こったと考えられる。スピオルトとスピリーバは最初の二文字が同じで検索時に選び間違ふ可能性が高い。	まずは新規の患者についてはお薬手帳内容確認などで今回処方と照らし合わせて監査の必要がある。名前の類似した薬剤では調剤ミス同様処方の入力ミスも起こりやすいため注意する。	スピオルトレスピマツト28吸入	スピリーバ2, 5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
145	喘息、COPDを罹患している高齢患者。フルティフォームを使用していたが、症状悪化にてかかりつけ医受診。スピオルトが処方となる。フルティフォームを使用する以前はスピオルトのみで経過観察していた時期もあり、今回の症状悪化に対し、追加したものと思われる。フルティフォームはICS+LABA スピオルトはLAMA+LABA となり LABA が重複となるため疑義紹介を行いスピオルトの処方がスピリーバへと変更となった。	昨今、内服薬にとどまらず、吸入や点眼など 配合剤が多数発売されている。その種類は多種多様となっており、今回の吸入薬に関しても、その組み合わせが多数あり、また年々増加傾向にもある。配合剤は患者のアドヒアランス向上には、高い効果がきたいでける反面、今回のような事例も起こりやすい。以前使用していた薬剤の追加という事もあり、処方医が見落としてしまったものと思われる。	配合剤に関しては、どの組み合わせの配合剤か、併用は問題ないか、など 知識や経験だけに頼らず、必ず確認を行う。服薬指導の際にも、患者の症状の聞き取りなどを十分に行い、その処方の妥当性などに関して少しでも疑問点があれば、確認、必要に応じて疑義紹介を行う。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
146	フルティフォーム125エアゾール56吸入用とスピオルトレスピマツト60吸入の2種類が新規で処方されていた。β刺激薬の成分が重複していたため疑義紹介したところスピオルトレスピマツト60吸入はスピリーバレスピマツト2.5μgに変更となった。	スピリーバとスピオルトとで類似名称であった為、病院側で処方薬剤入力時に誤って入力したものと考えられる。	吸入薬の成分が何であるかを把握して併用薬剤や疾患との使い合わせについて確認する。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
147	ブデホル継続処方。今回スピオルトが追加になった。β2刺激薬重複のため疑義照会。スピリーバへ変更となった。	医師が入力ミス	注意して監査する	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2, 5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
148	病院から近隣開業医へ変られた患者様で、入力ミスかと思われる。病院に行かれています際もこちらにかかられていたため本人に確認し疑義照会しました。	薬品名類似しているため、入力ミスは起こりうることです。	病院変わった際、しっかり内容確認を(最近の電子薬歴、同一病院での比較は、薬内容、服用法等変更の際は色分け等でわかりやすくなっていますが、違う病院間では比較できない時ありますので)	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
149	今までA病院では一硝酸イソソルビド(20)で処方今回より、病院変更でB医院より処方となるその際、「一硝酸イソソルビド(20)」と処方記載するべきところを、「硝酸イソソルビド(20)」と処方箋記載。過去の薬歴と、薬手帳の内容を確認し、B医院に疑義照会し、「一硝酸イソソルビド(20)」に処方変更となった。	薬剤名が類似しており、間違いやすいのも原因と思われます。	以前にも、当薬局で一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの取違を起こしたことがあり、常に注意を払って処方箋を読むようにしている。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
150	施設新規入居者の初めての処方。処方箋は、(般)一硝酸イソソルビド錠(20)だが、施設からの情報では、(般)硝酸イソソルビド錠(20)になっていたため病院に確認。施設の情報連絡ミスで、病院からの処方が正しかった。	一般名が類似しているため間違えた。	類似している薬品名は、十分注意し、疑問に思った時は確認してから調剤を行う			一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
151	硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方になっており、鑑査・投薬前確認の際、お薬手帳に記載の前医で処方の薬が一硝酸イソソルビド錠20mgであることに気づき疑義し変更となる。	一般名同士が類似していたため、処方入力ミス。	転院時のお薬手帳の確認の徹底。類似医薬品に警告の貼り紙などで注意喚起をする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
152	当薬局に初めて来局。手帳の持参はなかったが、今まで服用していた薬が記載されている薬剤文書をお持ちだったので確認。一硝酸イソソルビド錠20を服用中だったが、処方箋は(般)硝酸イソソルビド徐放カプセル20で記載あり。患者様に確認し、変更などのお話はなかったことを聞き取り、疑義照会、一硝酸イソソルビド錠20に変更となった。	薬品名の入力ミス	情報をしっかり聞き取り、併用薬などを確認してお渡りする	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	<p>単身赴任先で循環器系の薬をもらっていて、次回の受診までに不足するので、定期薬に臨時で10日分処方方を医院にてお願いしたとのこと。一般名称「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」で臨時処方あり。お薬手帳を確認したところ、他病院処方方は「一硝酸イソソルビド錠20mg」で記載あり。よって、電話にて疑義照会あり。一般名称の入力間違いだったとすることで、「一硝酸イソソルビド錠20mg」へ変更指示あり。</p>	<p>「お薬手帳」には後発品は「一般名称+屋号」が基本になってきているため、一般的に医療機関でのレセコンは、先発名→一般名称へ変換が基本入力とのこと。よって「お薬手帳」に一般名称が記載されていると、医療事務の立場では先発品名称がわからなく、手入力で入力ミスに至ったと思われる。薬局でも、両薬剤とも採用品としてあるために、お薬手帳が無ければ、処方通りに投薬していた可能性もあるため、注意が必要。</p>	<p>他病院での継続処方で、臨時に処方してもらっている薬に関しては、お薬手帳持参がない時や服用薬の現物が無い時などは、必ず帰宅後に電話などで、PTPや錠剤刻印などの確認が必要であることを再確認。</p>			アイトロール錠20mg	<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
154	<p>患者は、残薬調整をクリニックで実施してもらったと薬局された。前回は一硝酸イソソルビド錠20mgで処方されていたが、今回は硝酸イソソルビド徐放錠20mgで処方されていた。患者に確認したが、薬の変更の話は医師からされていないとのことだった。処方元に問い合わせると、一硝酸イソソルビド錠20mgの誤りとのことだった。</p>	<p>クリニック側のスタッフが、「硝酸イソソルビド」という名称のついた複数医薬品の把握が十分ではなかったと推測される。</p>	<p>今回は残薬調整であったため、疑わしい点に気付けた。薬局においても、入力時や調剤時に同じような誤りをする可能性がある。再度、類似した医薬品名を再確認し周知する必要がある。</p>	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
155	ベタヒスチンメシル酸塩錠を投薬中、聞き取り途中めまい症状ではなく、くしゃみ鼻水症状で受診したことが判明疑義紹介後、ベポタスチンベシル酸塩錠に変更となる	DRの類似薬剤名の違い	聞き取りの強化特に類似薬剤名がある薬剤については効能や用量をしっかりと確認	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JD」	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とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
156	<p>アデホス顆粒10% 3g ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」 3T 3×毎食後 30日分 デザレックス錠5mg 1T1×夕食後 30日分 オーグメンチン配合錠250RS 3TピオフェルミンR錠250RS 3Tカロナル錠500mg 3T 3×毎食後 7日分 以上の内容で処方あり。</p> <p>専門の耳鼻咽喉科でもあるし患者はアレルギー症状が強い方のためベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」3Tと適宜増減の量でデザレックスとも併用なのだろうとまずは考えた。だが、もしや規格は全く別物だが、アデホスコーク顆粒と一緒に処方されることの多いベタヒスチンメシル酸塩錠と間違われている可能性はないだろうかという考えが浮かび、疑義照会を行った。</p> <p>その結果、もしやと思ったベタヒスチンメシル酸塩錠の間違いで、規格は6mgとのことだった。今回は、ヒントになったアデホス顆粒の処方に加え、ベポタスチンベシルは多めの量であったしデザレックスも併用だったため処方間違いの疑いを持たたがそうではなかったら気づかなかったかもしれないと思った。</p> <p>処方鑑査して調剤を行った1年目薬剤師は処方内容になにも疑問をいただいていた。</p>	Drのミスなのかスタッフのミスなのかは分からないが、語感が似ていなくはないことでのうっかりミスだと思われる。	患者様は体調が悪く、すでにお迎えの車も来ていた為に疑義照会に不満を持たれ渋られたが、急ぎ疑義照会して結果をお伝えすると感謝の言葉を述べて帰られた。処方が疑わしい時でも時間をとられることを嫌がられる患者様が多いが、安全第一で必ず疑義照会を行っていきましょうということと、薬剤師間で知識を共有していきましょうことを再確認した。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「JG」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
157	<p>久しぶりの受診。服薬などでだいぶ調子良くなっているが、たまに緊張・不安などがあるため受診。持参した処方箋に以前の薬(ロラゼパム錠0.5mg)とは違うロフラゼブ酸エチル錠1mgの記載あり。久しぶりの受診のため変更になった可能性もあるが、交付時に念のために薬剤変更について処方医から説明あったか確認。前と同じ薬を出すと言われたとのこと。処方医へ疑義照会。ロフラゼブ酸エチル錠1mgからロラゼパム錠0.5mgへ処方変更になった。</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル1mg、ロラゼパム錠0.5mgともに類似名称、類似薬効のため処方時に記載間違いが起きた。</p>	<p>定期薬とは違う新規の薬が出た時は、本人に診察時にDr.から薬剤変更についての話があったか確認し、少しでも疑わしい時は処方医へ確認を取るようになっている。</p>	<p>ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
158	<p>総合病院心療内科で、ロラゼパム錠0.5mg、トリプタノール錠10、ロフラゼブ酸エチル錠1mgが処方された。患者の都合で、近くの個人診療所からもうらことになった。個人診療所で、ロラゼパム錠0.5mg、トリプタノール錠10、ロラゼパム錠1mgとなっていた。総合病院ではロフラゼブ酸エチル錠1mgで出していたところ、個人病院ではロラゼパム錠1mgで処方されていた。患者は継続の同じ薬をお願いしていたため、個人病院に問い合わせして、総合病院心療内科で出していた内容と同じに変更になった。</p>	<p>個人診療所での、うっかりミスで、名称類似の薬を間違えて、処方してしまった。</p>	<p>薬局当薬局を継続して使っていたため、服用中の薬と異なる薬が出ていることにすぐに気がついた。患者に確認して、個人診療所に疑義紹介した。もし、違う薬局をご利用されていた場合も、お薬手帳などで、服用中の薬をよく確認して、患者の話との差異がないか確認作業をしていく。</p>	<p>ロラゼパム錠1mg「サワイ」</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
159	<p>以前からかかりつけの内科・整形外科を受診された。処方箋受け渡しの際、エクセグラン錠100mgと処方箋記載あり。かかりつけ薬局として利用されている患者であった為、現病歴・既往歴も概ね把握していた事から疑義が生じ、薬歴の患者情報・患者からの病状聴取内容等も照らし合わせ処方監査を実施した。薬歴からてんかんの既往はなく、薬歴記載内容から食欲不振等の胃の不定愁訴を訴えていた事もあり、薬品名称類似品目エクセラゼの処方不備の懸念があり、医師へ疑義照会を実施した。医師への疑義照会の結果、当該処方エクセグランからエクセラゼへ変更となった。</p>	<p>当該診療所は1年ほど前にレセコンの変更があり、処方箋の記載方式にも変更があった施設である。変更当初から度々処方箋の記載内容に不備があった事から、特に注意して処方監査を行っていた。当該診療所は複数名の医師が外来を担当しており、医師によってはレセコンに不馴れな事もあり、それが薬品選択の間違ひにつながったものと推察される。</p>	<p>日頃からカンファレンス等で患者情報を共有しており、現病歴・服用薬剤・他科受診・併用薬についてもおおむね把握していた事もあり処方箋受付時に疑義に気づく事ができた。かかりつけ薬局として薬局全体で患者情報を共有する事で、リスクマネジメントにもつながり患者へ安心安全な薬物療法が提供できる。ひいては質の高い薬物療法につながるものと思われる。</p>	<p>エクセグラン錠100mg</p>	<p>エクセラゼ配合錠</p>		<p>エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
160	<p>エクセラゼ配合錠を処方するところ、を誤ってエクセグラン錠を処方。患者との会話により発覚。問い合わせ後訂正。</p>	<p>類似名品目によるオーダーミス。</p>	<p>処方変更の際は、何の薬かを患者本人としっかり確認する。</p>	<p>エクセグラン錠100mg</p>	<p>エクセラゼ配合錠</p>		<p>エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
161	前回まで(般) サナクターゼ50mg等消化酵素配合剤が出ていたのが、(般) ゾニサミド100mgに変更していた。患者様の症状に変化はなく、オーダリングミスに疑い疑義照会する。	一般名への変更の際に起きたオーダリングミスと考えられる。	以前にも発生したことのあるオーダリングミスの為、エクセグラン(含む一般名処方)の初処方の際には処方追加の経緯は確認しています。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
162	エクセラゼ配合錠が処方される所エクセグラン錠が処方エクセグラン錠は今まで処方されたことがなかったので、詳しく症状聞いたところ、消化不良で相談されたとのことだった為、処方薬が違うと思われ問い合わせる。	医師が処方する際、入力ミスをしたと思われる	初めて処方される薬に関しては、医師への相談内容を詳しく聞き取る	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
163	これまでエクセラゼが処方されていたが、エクセラゼ配合錠⇒ゾニザミド錠100mg(成分名)で処方されていたため、疑義照会にて確認。【誤】ゾニザミド⇒【正】エクセラゼであることを確認。	名称類似薬の誤入力の可能性(ゾニザミド錠100mgの先発名がエクセグラン錠のため、本来エクセラゼと入力するところを誤った可能性あり)	引き続きお薬手帳の確認、処方監査、疑義照会を徹底していく。	ゾニサミド錠100mg EX「KO」	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
164	<p>定期薬に追加してガスマチンとエクセグランが3 T 3 X毎食後、14日分で処方されていた。(定期薬は下に記載)エクセグランが処方歴がない事や、てんかんの既往歴がない事などから本人に確認したところ、食後に胃もたれを感じることがあるためエクセラゼを処方してほしいと主治医にお願いしたとの事。疑義照会した結果、エクセラゼの間違いであったことが分かり、エクセグランからエクセラゼに変更となった。定期薬(エパデールS、ニューロタン50mg、ワンアルファ0.5μg、アクトネル75mg 56日分)</p>	<p>エクセラゼを出してほしい頼んだ時に、先生が何かの本をめくってたと患者様が話されていた。よって、主治医自身エクセラゼの処方経験が少なかった事が推測される。電子カルテに入力の際、3文字のみで検索した結果、エクセグランが先に出てきたため選んでしまった可能性がある。(50音順であればエクセグランはエクセラゼより先に来る)</p>	<p>文字や読み方が似ている薬はより注意が必要であり、薬局スタッフ全員で共有するようにしている。</p>	<p>エクセグラン錠100mg</p>	<p>エクセラゼ配合錠</p>		<p>エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
165	<p>ゾニサミド錠が新規で処方されていたため患者様にお話を伺ったが、医師からそのような話はなかったとの回答。疑義照会を実施したところゾニサミド錠は削除となり、エクセラゼ配合顆粒に処方変更された。</p>	<p>こちらで推測するに、医療機関側でエクセラゼを入力する際、頭の3文字を入力したときにエクセグランを選択してしまい、そのジェネリックであるゾニサミドが処方されてしまったと考えられる。</p>	<p>服用歴との照合の実施。処方変更の際には患者様への状態の聞き取りの徹底。</p>	<p>ゾニサミド錠100mg「アメル」</p>	<p>エクセラゼ配合顆粒</p>		<p>エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
166	新規でエクセグラン錠が処方。交付時の聞き取りで、今日は消化器症状で相談したと患者さんより話あり。てんかん等のエクセグランの治療に該当しそうな症状・疾患既往歴もなし。この時点で薬剤師がエクセラージェ錠の処方間違いではないかと考え、疑義照会を実施。疑義照会の結果、エクセラージェ錠に処方変更となる。	名称が似ているため、医師が処方入力で薬剤を選択するときに見間違ったと考える。	ミーティングにて、局員で医師が間違えた内容を共有。本社とも共有し、他店舗ともブレアポイドとして内容を共有している。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
167	胃腸炎で来局された患者様の処方にエクセグラン100mg(一般名でゾニサミド100mg)の処方あり。患者様の症状を確認して、てんかんの持病もないことを確認し、医師に疑義照会したところ、レセコンでのエクセグランとエクセラージェの処方選択の間違いだったことが発覚しました。	エクセラージェとエクセグランの名称が類似しており、処方医のレセコンの操作ミスと確認不足によるものと思われます。	今回は薬効が全く異なる医薬品だったので、処方箋鑑査を行い、患者様の症状も聴取することで処方間違いに気づくことができました。他の処方薬との比較から、患者の症状を推測して間違いに気づくことも大切だと思います。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
168	ゾニサミド錠、レバミピド錠、モサブリド錠(一般名処方)の処方において、患者の状態からゾニサミド錠の処方に違和感あり、電話にて医師に疑義。医師はエクセラージェ錠処方とのことで、病院事務員の処方箋入力ミスであったことが判明。	商品名、一般名の名称の類似に注意。	薬歴等より、患者の通常の病歴や処方内容、過去の処方薬等を把握しておく。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
169	ミヤBM錠・エクセグラン錠 100mg毎食後4日分とナウゼリン錠10mg頓服10回分の処方箋。他の薬剤との組み合わせに違和感を感じ、てんかん既往歴もないため疑義照会したところ、エクセラゼ配合錠に変更となった。	「エクセグラン」と「エクセラゼ」では3文字目まで同じであるため、入力確認を怠ったと考える。	処方内容や患者からの聞き取りから、処方された薬剤が適正であるか確認を行う。また、名称の似ている薬剤について薬局内で共有し、患者に誤った薬剤を交付しないよう注意したい。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
170	5/2貧血の精査のためCT検査実施。薬局で処方を受けたとき、患者は鉄剤の次回受診日までの不足分と、歯の治療中で上の歯が4本しかないことから胃症状があり消化剤を希望したと話した。処方記載薬品名はエクセグラン錠100mgだった。患者の話と処方薬が結びつかないため薬歴を参照したところ令和4年2月にエクセラゼ配合錠の処方記録があったため記載違いを疑い医療機関に電話で疑義照会をした。結果エクセラゼ配合錠の記載間違いとわかった。	多数並んでいる候補医薬品名の選り間違い。	患者の話とつじつまの合わない薬の場合は医療機関に確認する。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
171	<p>前医の閉院に伴い、紹介状等の持参もなく、一包化された薬剤一袋だけを持参し、新規で医療機関を受診した。しかし医療機関では、これでは薬が何かわからないため、薬局にて錠剤鑑別をもらうように言われたと、患者が薬剤を持って来局された。一包化された薬を鑑別し、その情報を医療機関に提供した。その後処方箋を持って再度来局されたが、こちらで情報提供した薬のうち、アロプリノールがアロチノロールに変更されていたため、疑義照会し、アロプリノールの入力間違いであると判明。訂正となった。</p>	<p>医療機関での患者とのコミュニケーション不足があること、処方箋入力時のよく似た薬剤名の入力間違いが重なったと考えられる。</p>	<p>患者は高齢で、認知機能の低下もあり、前医からの紹介状等も持っておらず、うまく引き継ぎができていないことが考えられたため、地域包括支援センターを通じて、担当のケアマネージャーにも今回の件を伝えるとともに、お互いに何かあれば相談するよう連携を約束した。</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」</p>	<p>アロプリノール錠10mg「サワイ」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
172	<p>アロチノロールが処方されていたが、お薬手帳を見るとフェブリクからの変更の様であった。患者インタビューとお薬手帳の記載から似ている薬のアロプリノールではないかと確信し疑義照会を行い、アロプリノールに処方変更になった。</p>	<p>薬を入力するときの入力間違い。</p>	<p>初めての患者さんには変更点が無いかや、病名での禁忌薬が無いかや腎機能などの薬の量などに関係することは確認している。</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠10mg「JG」</p>	<p>アロプリノール錠10mg「トーワ」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
173	マイスタン錠5m gの在庫がなく10m g半錠へ変更可能か疑義照会したところ、医師が処方間違いに気づきマイスリー錠5m gに処方変更となった。	類似薬品名で誤って選択してしまった可能性あり。	類似薬品名での処方誤りを発見するため、患者からの症状や処方意図の聞き取りを慎重に行う。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
174	日頃よりマイスリー錠10m gを服用されていたが、その日はマイスタン錠10m gが処方。患者に確認したところマイスリー錠の間違いじゃないかと指摘され疑義照会に至る。	頭文字の3文字が一致していることから、処方オーダーリングシステムにおいての入力ミスかと思われる。	薬剤変更が見られた際には、患者本人に医師から変更の話があったかの確認を薬局で随時行うこと。	マイスタン錠 1 0 m g	マイスリー錠 1 0 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
175	平素から来局していただいている患者で、今回定期処方に追加してマイスタン錠5m gが処方されていた。患者に処方された経緯を確認すると、寝つきが悪く医師に相談したとのことであった。睡眠導入剤のマイスリー錠5m gの処方間違いであると考え、医師に疑義紹介を行った。結果、マイスリー錠5m gに変更となった。	薬品名が類似しており、規格も同じ5m gであったため、入力間違いがおこったと思われる。	お薬手帳や患者から聞き取りなどの情報収集を積極的に行い、処方内容に間違いがないかなどを確認していく。名称が似ている薬については再度薬局内でも情報を共有していく。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
176	頓服不眠時でマイスタン錠10mgが処方になっていた。マイスタンは抗てんかん薬であり、類似名称のマイスリー錠の間違いではないかと推察されたため疑義照会を行い、マイスリーに変更となった。	電子カルテの入力間違い(「まいす」で薬品検索、規格も10mgで同一)	ヒヤリハット事例の共有	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
177	マイスタン(5)1錠不眠時の処方があったが、マイスリー(5)の誤り。定期薬としてマイスリーの処方があったため、薬剤名の誤りを疑い疑義照会した。	薬品名の類似から医師が選択を誤ったと思われる。	薬が追加になったときは、正しいものが出ているかどうか確認してから調剤を始める。病名とかけ離れた薬剤が処方が出た場合は、処方間違いを疑う。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
178	以前よりマイスリー5mg錠を服用されていたが特に変更の指示もなく処方箋の薬品名が変更になっていた。念のため処方元の医療機関に疑義照会した。結果変更ではなく前回と同じ薬でとのことであった。	薬品名が類似しているため処方時の入力間違いと思われる。	今回は処方箋上の表記が一般名であったので気づきやすかったが薬局でも今後類似名の薬剤について取違等に注意する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
179	患者、以前服用していた睡眠剤を希望。しかし、抗てんかん薬のマイスタンが新規で処方されていた。薬歴を遡ると、睡眠剤ではマイスリーの処方履歴があった。患者に確認したところ、マイスリーとマイスタンを間違えて医師に話したかもしれないとのこと疑義照会をして、マイスタンからマイスリーに変更してもらった。	病院で、患者の要望した薬をそのまま処方した、もしくは、マイスリーと打つところをマイスタンと打ち間違えたか。	新規処方については、患者とに処方された経緯を必ず確認する。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
180	透析患者に対して新規にマイスタン錠5mg 就寝時の処方あり。当該患者の原疾患としててんかんの既往なし。来局時に患者より不眠と話を聴取し、薬剤が間違っている可能性があるため疑義照会。マイスリー錠5mgに変更となる。	マイスタン錠5mg、マイスリー錠5mgの名称が類似していること、規格が5mgで同じことが薬剤誤りの原因と考えられる。	既往歴の確認と用法用量の確認。また患者より薬が追加になった経緯を確認している。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
181	マイスタン (5) 1錠寝る前が、初処方だった。用量用法も問題があり、医師に、問い合わせを行ったところ、その処方でいいという返答があった。納得がいかず、患者さん自身に、どのような症状で、受診したのかを確認すると、眠れないということだったため、マイスリー (5) の間違いではないかと考え、再び、問い合わせを行ったところ、マイスリー (5) を処方したつもりだったとのことで、処方変更となった。	医師の電子カルテでの選択ミスで、思い込みもあったのではないかと。	薬歴、薬剤の用法・用量を確認すること、患者さんからの情報収集、医師への問い合わせは、納得するまで、行うことを徹底する。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
182	久しぶりの来局でマイスタン錠 5mgが処方されたいた。在庫のない薬のため、患者に状況を伝えようとしたが、外出しており、携帯電話にも出られず、連絡が取れなかったため、近くの薬局に分譲に行った。患者が戻る前に処方鑑査を行ったところ、薬が変更されていることに気付き、マイスリー錠とマイスタン錠の名称が似ていることから疑いを持った。患者が戻り、薬が変更になることを確認したところ、変更される予定はないとのことで疑義照会を行った。	処方医が処方入力時にマイスリー錠を選ぶところ、名称の似ているマイスタン錠を選んでしまったと思われる。	似ている名称の薬があることを念頭に入れておき、インシデントの事例を知っておく。特に薬が変更となった際は十分に注意する。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
183	頓服 不眠時の用法で マイスタン(5) 処方あり用法に疑問を持ち、疑義照会を行い処方変更となった	薬品名が類似しているため、処方入力の際に間違いが起きたと考えられる	薬品名 用法など 疑問点があれば 患者様や医療機関に確認をする	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
184	マイスタン錠が初めて処方されたが、患者にてんかんの既往はなく、患者から聞き取りしたところ、睡眠導入剤を依頼したのこと。ゾルピデム(先発はマイスリー)の投薬歴もあった。疑義照会で、マイスタンは誤記で、マイスリーに変更された。	薬剤名の類似	処方された薬と既往症、症状が一致しているか確認薬剤名の類似には注意	マイスタン錠 10 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
185	マイスタン錠5m gが新規に処方されたが、てんかんの既往歴なしのため本人に確認すると睡眠薬マイスリー錠5m gを希望したことがわかった。	薬品を選ぶときに3文字で検索し間違えたものと思われる。	新規処方の薬は既往歴、病名などを確認して処方意図を確認してから調剤する。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
186	マイスタン5m g 就寝前 記載の処方せんを受け付けた。患者さんからの聞き取りにて、睡眠導入剤を処方してもらったとのこと。また、てんかんの既往歴はないことから、マイスタンではなく、マイスリーの処方間違いではないかと疑った。疑義照会を行い、マイスリー5m gに処方変更となった。	マイスリーとマイスタンは最初の3文字目までが同じであるため、薬剤入力時に誤って選択されたものと推測される。	調剤薬局では病名がわからない場合が多いので、患者さんに処方意図を聞くなどして得られた情報より、疑わしい処方に関しては疑義照会を行う。今回のような販売名類似品に関しては、スタッフ間で情報共有をしておく必要がある。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
187	訪問診療を受けていらっしゃる患者様に不眠時の薬が追加になったが、処方がマイスタン5 m g 1錠不眠時頓服だったため、マイスリー5 m gの可能性を考え疑義照会を行った	薬品名称が類似しているため、3文字入力による薬品選択ミスが起こったと考えられる	処方意図と処方薬に疑問を感じた場合は医師に疑義照会を行う	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
188	睡眠障害にて患者受診、マイスタン錠5m g処方あり、聞き取りの際にてんかんの病歴なく疑義紹介した所、マイスリー錠5m gの入力間違いであることが発覚、改めてマイスリー錠5m gで処方されました。	病院側の薬剤入力にて2文字入力により間違っって選択されたものと思われます。	患者聞き取り、病歴等普段の業務を徹底。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
189	たまにマイスリー錠5m gを処方されていた患者に、マイスタン錠5 m gが処方されていた。患者に話を聞いて、いつもの眠り薬を頼んだとのこと。疑義照会。マイスリー錠5m gに変更になった。	マイスタン錠5m gとマイスリー錠5m gは、頭3文字が同じな上に用量も同じ5m gのため間違えたかと推測される。	似た名前の薬は多いため、患者の話をよく聞いて、薬の処方内容と合わないようであれば疑義照会する。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
190	<p>定時薬にてマイスリー (10)、サイレース (2)、エチゾラム (0.5)、ボルタレン (25) 処方されている患者。当日持参処方せん マイスタン (10)、サイレース (2)、エチゾラム (0.5)、ボルタレン (25) 当薬局にマイスタン在庫なしにて患者に処方変更の有無確認したところ変更とういう話しは聞いていないとのこと。医師へ疑義照会 マイスタン (10) →マイスリー (10) へ変更</p>	<p>クリニックでのカルテ記載不備またはカルテからの読み取り不注意。</p>	<p>名称類似薬等は掲示等で薬局内共有できるようにする。</p>	<p>マイスタン錠 10 mg</p>	<p>マイスリー錠 10 mg</p>		<p>マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
191	<p>血糖値が上がったため糖尿病薬を追加するとDrから説明があったと投薬時に聴取した。しかし、追加はルパフィンだけだったため疑義、ルセフィに変更となった。</p>	<p>多忙だったため事務員の入力ミスだと考えられる</p>	<p>患者さんとしっかりと話をすることで回避できたためこれからも継続していく</p>	<p>ルパフィン錠 10 mg</p>	<p>ルセフィ錠 5 mg</p>		<p>ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
192	処方箋にルセフィ錠が記載されており、初処方だった。糖尿病を疑うようなデータや検査はなかった。聞き取りを進めるうちに患者さんから花粉症の薬をお願いしたという情報を得て、抗アレルギー薬のルパフィン錠の間違いではないかと確認したところ、医師が薬剤名を勘違いしていたことが判明し、薬が変更になった。	医師が、抗アレルギー薬の入荷困難が続くという情報を得て、しばらくぶりに花粉症にルパフィンを処方しようと考えていたよう。処方する際に名称を勘違いしてルセフィと打ち込んだ。双方とも処方医があまり処方しない薬であったため、薬剤名を勘違いしたらしい。 薬局では、当該患者に糖尿病の既往や検査値での血糖異常の履歴がなかった為、新たな検査の有無を確認したところ、検査はなかったため、他に新たな薬が出る背景を確認。花粉症の薬の処方を患者さんが希望したことが分かり、ルセフィとルパフィンの勘違いではないかと考え疑義照会に至った。	新たな薬が出る際には、症状の発現時期や詳細、検査の有無の聴き取りを必ず行っている。調剤前処方監査で患者さんが見逃した内容も投薬時に再度詳細確認をすることで間違いの発見につながった。	ルセフィ錠 5 mg	ルパフィン錠 10 mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
193	蕁麻疹の主訴に対してシルニジピン錠 5 が処方された。アレロック OD 錠 5 をアテレック錠 5 とカルテ記載されたものと類推し疑義照会、アレロック OD 錠 5 となった	名称の類似 & 医師の多忙	名称類似薬品について書き出しておく	シルニジピン錠 5 mg 「サワイ」	オロバタジン塩酸塩錠 5 mg 「ケミファ」		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
194	通常服用の薬にアムロジピンがあり、今回シルニジピン5mgが2錠分2で追加処方され、その他に痒みどめの軟膏が処方されていた。患者への聞き込みからは身体の痒みしか相談してないとの事。疑義照会により、オロパタジン5mg2錠分2に変更となる。	通常シルニジピンは分1の薬剤であり、アムロジピンも処方されている。痒みとの関連もないため類似名称薬との間違いを疑った。新規薬がでたときは患者への聴取は欠かさずにして、記録している。	高齢者の場合、うまく聞き込みができないときもあるが、ゆっくり丁寧に聞き込みをしたい。事例は繰り返される事があるので、薬剤内で共有する。	シルニジピン錠 5 m g 「サワイ」	オロパタジン塩酸塩錠 5 m g 「明治」		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
195	(般) オロパタジン錠5mg1錠で処方あり。患者聞き取りと前回薬歴より、前回シルニジピン錠5mg0.5錠の処方だったが今回1錠に増量することだったので、疑義照会しカルテ記載内容確認した結果、(般) オロパタジン錠5mg1錠→(般) シルニジピン錠5mg1錠へ変更となった。	カルテには「アテレック5mg」と記載あったようだが、処方箋入力時に「アレロック5mg」と入力ミス、一般名に変換されて処方されていた。類似名称の薬剤について把握しておく必要がある。	類似名称のある薬剤の把握、患者からの情報の聞き取りと処方内容の整合性の検討をしっかりと行う。	アレロック錠 5	アテレック錠 5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
196	スミスリンローション処方あり、処方院に病名が疥癬か確認したところ違うこと判明。スミルスチック軟膏を処方したかったとのこと。スミルスチック軟膏は経過措置切れで名称変更となっていること伝える。	スミルスチック軟膏が経過措置切れで処方オーダーに出てこなかったため、類似名称による処方間違いと思われる。	患者さんとのコミュニケーションきちんと行い、病院にも正しい処方か確認する。	スミスリンローション 5 %	フェルピナクスチック 軟膏 3 % 「三笠」		スミルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
197	交通事故後に救急を受診。当初の処方内容はカロナール錠200mg、ロキソニンテープ50mg、スミスリンローション5%であった。処方箋は本人が持参。患者聞き取りにより、鎮痛作用を持つ外用薬の中でも貼付剤のみだとかぶれてしまうため、塗布薬が処方される予定だったことが判明。スミスリンローションの適応は疥癬であり、患者の主訴にそぐわない為疑義照会を行ったところ、スミルスチックへ処方変更となった。	・医療機関側が処方内容の入力時に頭2文字で薬剤を判断してしまった。 ・処方箋出力後の処方内容の確認不足があった。	患者聞き取りをしっかりと行うことで、処方された薬剤が治療に対し有効であるかどうかを判断する。	スミスリンローション5%	スミルスチック3%		スミルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
198	ユリノームが新規で処方されたため尿酸値の確認を患者持参の血液検査結果で行ったところ、基準値以内であった。さらに患者本人からの聞き取りでは、ペオーバで頻尿が改善されず薬剤追加とのことであった。薬剤間違いの可能性があると判断し処方医に確認したところ、ユリーフとの処方間違いが発覚した。	類似薬品名の入力間違い	新規処方薬では、特に検査結果や患者からの聞き取りを十分に行うこと	ユリノーム錠50mg	ユリーフ錠4mg		ユリノームとユリーフの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
199	投薬時に本人に聴取したところ胃痛との訴えあり。合併症や併用薬はなかったものの、タケルダ配合錠が処方されていた。本人に狭心症や血栓症、生活習慣病などの罹患歴もなかったため処方医に疑義照会。タケキャブ錠20mgと記載ミスであることが判明した。	手書きカルテのため「タケ」で思いつく薬品名をそのまま記載してしまった可能性あり。	投薬時に必ず処方薬から推測される疾患名と本人から聴取した情報をすり合わせる。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
200	普段はタケキャブ錠10mgで処方されているが、タケルダ配合錠に変更になっていた。患者家族に検査の確認をしたがしていない、薬の変更も聞いていないことを聴取したので医師に疑義照会をした。	医薬品名が似ていたことが原因だと推測される。	薬の変更時には患者本人か家族への聞き取りをする。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
201	「唾が苦くて受診した」という訴えの患者に対して、タケルダ配合錠が処方。タケルダ配合錠の効能は血栓・塞栓形成の抑制であり、薬品名誤りの可能性があるとして疑義照会。その結果、タケルダ配合錠とタケキャブの入力間違いであった。	今回の処方元の医療機関はおそらく処方箋の入力は事務が行っており、薬品に対する知識はなく入力したものと思われる。	特に新規追加の医薬品に対しては必ず主訴の聞き取りを行い、適応と相違ないか確認している。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
202	退院後の処方であつた。以前かかられた際にはプロスタール錠を処方されていたが、今回は初めてプロタノールS錠が処方されていた。以前のと比較してプロスタール錠が削除となっておりプロタノールS錠が新規に処方となっていた。名称が似ているため取り違えた可能性が高いと判断し、疑義照会を行ってプロスタール錠であることが判明した。	プロスタール錠はほとんど処方されていない薬剤のため、処方入力の際、取り違えてしまったものと考えられる。	類似名称の取り違えの通知が製薬メーカーなどから届くため名称注意の表示を行い対策している。	プロスタール錠 25	プロタノールS錠 15mg		プロスタールとプロタノールSの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
203	服用歴が無いにも関わらず、内科より(般)タモキシフェン錠10mgの処方患者様に確認し、疑義照会ノルバスク10mgの間違いであった事が判明。	薬剤名が似ており、規格も同じであった事。	新規で処方された薬に関しては特に注意して監査する。	ノルバデックス錠 10mg	ノルバスク錠 10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
204	他院で入院して退院後うちの薬局の前の病院に戻ってきた。ノルバデックスの処方があり、お薬手帳より前回は同じくノルバデックスが交付されていた。患者さんに確認したところ前回血圧の薬を変えろという話があった、腫瘍等の話が出ていないとのこと。前回の薬局に問い合わせたところ疑義照会は行っていなかった。	・類似名医薬品の処方入力側のミス・患者さん本人への聞き取り不足	・類似名称等、間違えやすい薬の把握・患者さんとの会話をしっかりする	ノルバデックス錠 20mg	ノルバスクOD錠 5mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
205	ザイティガ錠250mg 1錠 1日1回朝食後 7日分 の処方 について1日1回250mg、プレ ドニゾロン併用なし、食後服用 について確認したところザルテ ィア錠5mgの名称間違いであ ったことが判明。	名称類似	患者への聞き取り、処方内容の 確認を徹底する	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠5mg		ザイティガとザルティアの 販売名類似については、薬 剤取違え事例等が複数報告 されていることから、製造 販売業者は医療機関へ注意 喚起を実施しているところ である。
206	正：セロクラール錠20mgの ところ、誤：セロクエル25mg で処方。疑義照会するも変更 ならず。数回の疑義照会にて 処方削除となった。	処方オーダー時の検索を3文字 で行い、誤った薬品を選択し たと思われ。入力者が医師 ではなかった。	疑義照会してそのままよいと 言われても、確証が持てる までは繰り返し問い合わせる。			ロキソニン錠 マーズ レンS配合顆粒 セロク エル25mg錠	セロクエルとセロクラールの 販売名類似については、薬 剤取違え事例等が複数報告 されていることから、製造 販売業者は医療機関へ注意 喚起を実施しているところ である。
207	前日に浮動性眩暈の訴えがあり、 脳血管障害の可能性を考え脳神 経内科の受診を勧めていた。当 日の来局時に「頭部MRIでは 梗塞は見つからず。でも頸部の エコーで後ろの血管の血流が悪 くなっている。後ろの血管の血 流が悪くなっている。後ろの血 管の血流が悪くなっている。後 ろの血管の血流が悪くなってい るので薬を試してみることに」と 発言あり。処方箋を確認すると、 セロクエルが処方されており、 セロクラールの誤りではないか 疑ったため、医師に照会した ところ処方入力の誤りが発覚。 セロクラールへ変更となる。	3文字入力で最初に表示され たのが「セロクエル」だった とのこと。	セロクエルやセロクラールの 新規処方時には患者からの 聞き取りが大切であると実感 した。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		セロクエルとセロクラールの 販売名類似については、薬 剤取違え事例等が複数報告 されていることから、製造 販売業者は医療機関へ注意 喚起を実施しているところ である。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
208	アスピリン錠20mgを処方するところをアスピノンカプセル20mgが処方された。	入力ミス	現病歴、薬歴、受診の整合性	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスピノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
209	他医併用薬を今回かかりつけ医にて継続の処方を依頼したとのことだが、お薬手帳を確認するとアスピノンカプセル20mgが処方されるべきところアスピリン錠20mgが処方されていた。	薬剤名称・規格の類似。3文字オーダー(アスへ)で出てくる薬剤の選択ミス。	類似する薬剤名称を把握する。お薬手帳の確認を徹底する。	アスピリン錠20	アスピノンカプセル20		アスピリンとアスピノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
210	感冒症状の患者にアスピノンカプセル20mgが処方されていた。患者に不整脈症状はなく、薬剤服用による徐脈を引き起こす可能性を危惧して処方医に問い合わせた。結果、アスピノンカプセル20mgからアスピリン錠20mgへ薬剤変更となった。	処方箋発行時の入力ミスが懸念される	患者に適した処方であるか鑑査を行う	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスピノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
211	アスピノンが新規で処方になったが、患者様の家族に確認したところ、不整脈などの症状はないと確認。咳症状はあるとのことだったので、処方元の病院に電話で確認後、薬剤名の打ち込み間違いだったことが発覚。	アスピノン、アスピリンと、最初の2文字が「アス」で始まるため、パソコンで打ち込む際、選び間違ったと思われる。	今後も、患者様の状態を親身に聞き取り、そのときの病態と結びつかない薬剤が交処方されていた場合は、速やかに疑義照会し、確認する。	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスピノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
212	新型コロナ陽性の患者様の処方箋。アスペノン錠20mg、カルボシステイン錠500mg、カロナール錠200mg 各3錠 毎食後 7日分の処方。処方のバランスとして、アスペノンの処方に違和感があり、類似名称のアスピリンの入力間違いではないかと疑義照会。結果、アスペノン錠20mgが処方削除され、アスピリン錠20mgに処方変更となった。	医薬品の名称が似ている為、入力を間違えた可能性がある。	処方箋全体のバランスを見て、内容を確認してから調剤をする。	アスペノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
213	喉の痛みと咳で受診したが抗不整脈の処方があり本人にも確認したうえで処方元に疑義。	頭文字が同じ「アス」であり3文字目も「ペ」と「ベ」で間違い易かった。	受診内容を聞き取ったうえで投薬するようにする。	アスペノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
214	糖尿病既往歴の無い患者に対し、テネリア20mg 3錠分3毎食後の処方あり。テネリア20mg用法用量についても常用量から外れるため疑義照会にて確認。テネリア20mg 削除。テルネリン1mg 3錠分3毎食後追加と確認。	テネリア20mg、テルネリン1mg、名称類似による間違い。病院処方箋入力時の入力間違い。	添付文書に基づいた処方鑑査を行う。患者既往歴の確認、聞き取り等を行う。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
215	変更前の処方 テネリア錠 20mg 2錠 1日 2回朝夕食後 変更後の処方 【般】チザニジン錠 1mg (先発品: テルネリン錠 1mg) 2錠 1日 2回朝夕食後	薬剤名の類似による医師の取り違えが生じていた。	一般名処方であっても一度先発品の薬剤名を確認し、類似薬剤による取り違えを考慮し監査を行う。	テネリア錠 20mg	テルネリン錠 1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
	平素から当薬局を利用している患者で、かかりつけ医からの処方に上記変更前処方が追加となっていた。処方監査を行った薬剤師が、処方ではテネリア錠の処方としては用法が通常用法と異なること、薬剤服用歴から普段より主訴に高血圧と血圧変動に伴う肩こりがあり糖尿病の治療歴がないことを確認。処方監査を行った薬剤師が、以前より「テネリアとテルネリンの取り違え事例」があることを認識していたことから処方医に対して疑義照会を実施。本来の処方意図はテルネリン錠であったことが確認できた。						
216	Aさん曰く、腰痛も！発症し、いつもの血圧の薬に腰痛の薬も出してもらった。湿布薬あり。痛み止め(イブプロフェン)と、、、テネリア20mgも毎食後で処方されている。Aさんに「糖尿病のお薬が出ていますが聞いていますか?」「私は糖尿と言われたことがないです。今回も何も聞いてません」疑義照会してテネリアがテルネリン1mgであることが判明	患者さんがいつも積極的に会話される方なので処方ミスを見ることが出来た。毎食後の処方枠なのでプレノンかテルネリンと推測。ガスターがいつも処方されているのでテルネリンと推測して疑義を行った。	患者さんとの会話が重要。何気ない会話も時には役立ちます。	テネリア錠 20mg	テルネリン錠 1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。