

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
1	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「セルシン錠(2mg)、3錠分3毎食後 28日分」と記載されていた。薬剤師Aはセニラン錠2mgと思い込んで、セニラン錠2mg 84錠調剤した。誤りに気が付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bも間違いに気づかずセニラン錠2mg 84錠投薬した。	薬品名が類似していたため、処方箋の見間違いで間違いが発生。	セニラン錠の棚に、注意喚起のメモを貼る。該当患者の引継ぎ欄に注意喚起のメッセージを入れる。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努める。	2mgセルシン錠	セニラン錠2mg	確認を怠った		医薬品	仕組み	セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
2	セルシン2mgの半錠の処方あり。処方箋をみてセニラン2mgを調剤者が間違えてピッキングしてしまった。半錠調剤時に再度処方箋を確認したところでピッキングミスを見。	医薬品名称の類似で、処方箋の確認を怠りセルシン2mgが正しいところセニランmgをピッキングしてしまった。○単純なミス○処方せんの見間違い	セルシン2mgおよびセニラン2mgの棚周囲に「注意:類似名称薬あり」とメモ書きを目立つよう記載	2mgセルシン錠	セニラン錠2mg	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
3	「一般名」ジアゼパム錠5処方でセルシン5を調剤するところセニラン錠5を調剤してしまった。監査時に気が付いた。		名称が似ているため注意	5mgセルシン錠	セニラン錠5mg	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
4	患者が持ち込んだ処方箋は一包化指示の処方箋で、複数の薬のなかにアテレック5mg1錠分1朝食後が記載されていたが、薬剤師Aが見誤ってアレロック5mgを分包した。薬剤師Bが監査を行った時に誤りに気がつき作り直した為患者には渡らなかった。	処方せんの見間違い 注意力散漫 思い込み	薬の箱に類似名ありと注意表示をつける。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	処方アテレック錠5mgであったが、間違えてアレロック錠5mgで調剤した。監査時に気づき、調剤しなおした。	名称が似ており、規格も同じだったため、処方せんの見間違いと調剤時の焦りが原因だと考えられる。	調剤時には処方せんの確認をしっかり行い、落ち着いて調剤する。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
6	アレロック(5)処方のところ、アテレック(5)調剤アレロックは10錠シートアテレックはウィークリーシートを採用していたが、名称類似により見間違い。	単純なミス	一文字鑑査の実施	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
7	アレロック5mg処方に対し、アテレック5mgを調剤してお渡し。2回服用した後、家人がPTPIに「高血圧の薬」と書かれているのに気づき 薬局に問い合わせし判明。	類似した名前の薬だったため、思い込みでビックし、鑑査時・投薬時ともミスに気づかなかった。	鑑査時 立て読み鑑査で確認、投薬時も薬袋に書かれている写真等と照らし合わせて確認する。	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った		医薬品		アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	アレロック錠5mgをビックニングするところ、間違っアテレック錠5mgをビックニングしてしまった。	作業手順では、ヒートに記載された薬品名と処方箋に記載された薬品名を突き合わせ確認するが、それを怠っていた。また、声出し、指差し確認も怠っていた。	作業手順を再確認、徹底する。今回該当する医薬品の薬品棚に「名称類似・薬効(アレルギー、血圧など)」の注意喚起の札を掲示し、また、レセコン内の医薬品の局内名称にも同様に「名称類似・薬効」の文言を入力する。	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	一包化の予製作成時、処方箋にはテオドール錠100mgと記載されていたが、テグレート錠100mgで調剤してしまった。予製鑑査時に、鑑査者が間違いに気が付いた為、交付までにはいかなかった。	処方箋・薬の確認・調剤時の指し呼称が不十分であった。調剤者の経験が浅く、名称が似ており、規格も一緒だったので、間違いに気が付くことができなかった。	調剤時の薬の名称・規格・用量・用法・日数の指し呼称を徹底する。患者のメモ等に間違いやすいものは注意喚起の伝言を残す。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	教育・訓練		テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
10	薬品名の類似と同ミリ数の為。	棚は離れた場所にあったが、思い込みが強かった為。	思い込みを持たず、記載通りの薬品名をミリ数を声に出してビックニングする	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	判断を誤った				テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	Rp. フェアストン錠40mg、1錠/90日分のところ、デュファストン錠5mgを90錠ビックニングし、鑑査時に発見された。	・金曜夕方、疲れていて集中力が欠いていた。・医薬品名の類似。・作業後の再確認を怠った。	・類似する医薬品名を認識し、作業後の再確認を怠らない。	フェアストン錠40	デュファストン錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	医薬品		フェアストン錠とデュファストン錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファクター	環境・設備 機器		その他
12	マイスリー5が処方されていたが、マイスタン5を調剤した。	マイスタン10も処方されていたため、てマイスリーを読み間違えた。 ○処方せんの見間違い	調剤後に再度確認する。類似薬品名は注意する。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
13	ロフラゼブ処方のところ、ロラゼパムを調剤	薬剤名が、似ているため、誤って調剤。	処方されている患者の名前を付け、調剤のつど確認できるようにした。	ロフラゼブ	ロラゼパム	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	一般名：ロフラゼブ酸エチル1mg ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」のところロラゼパム1mg「サワイ」をピッキングした。	取り間違った。名前が似ている。○単純なミス	よく名前を確認してピッキングします。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
15	ロフラゼブ酸エチル錠1mgと一般名で処方された薬をロラゼパム錠1mgで調剤して、他の薬剤師が監査するも気づかずに本人に渡す。翌日本人の家族が薬局し薬の取り換えを指摘される。幸いなことに服用する前に本人がヒートの違いに気づき服用はしなかった。	一般名で処方されていたので類似の名称に気が付かずに調剤してしまった。	処方名の確認と薬のヒートの名称の確認を複数回複数の薬剤師で確認すること。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	ロフラゼブ酸エチルとロラゼパムを取り違えて調剤、投薬前の発見により患者に渡る前に調剤をやり直した。	名称の似ている薬剤であることに加え、同じ引き出しで保管されていたため取り違えたのだと推察できた。	ロラゼパム1mgについては採用を中止し、先発のみの採用とするとともに、0.5mgについては保管場所を変更した	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った	技術・手技が未熟だった	医薬品	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
17	一般名でロラゼパムとロフラゼパムが似ていて、最終確認を怠った(自己監査)	○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	向精神薬の引き出しの中の分類をした。	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」	確認を怠った	その他	施設・設備	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
18	ロフラゼパム酸錠(1)「サワイ」が処方されていたが、ロラゼパム錠(1)「サワイ」と取り間違えた。監査者が気づき、正しく調剤、交付した	名称類似による思いこみ	ストッカーの配列を工夫、注意喚起のれんをつける等行う	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」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	ロフラゼパム酸エチル錠(1)「サワイ」を調剤すべきところ、ロラゼパム錠(1)「サワイ」をピッキングしてしまった。監査者が気づいて正しい薬剤を調剤、交付	名称類似による思い込み	処方せん、調剤録薬剤名と実物との指さし確認を徹底、ストッカーに注意喚起のれん等の対応	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」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	薬剤取り間違い	名称の類似、同じ棚に配置	棚の配置の変更。名称類似の喚起	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」	確認を怠った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。
21	薬剤取り違い。患者申し出より発覚。10日ほど服用後、薬剤が異なることに気づき服用中止。	名称類似による薬剤の取り違い。調剤者・監査者ともに確認不足だった。	棚に注意喚起の札を付ける。調剤・監査時、処方箋と薬剤の確認徹底。投薬時に薬剤を提示し、確認してお渡りする。	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」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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	ロフラゼパム酸エチル1mgが処方されたがロラゼパム1mgを調剤してしまった。○10錠シート	業務が忙しくよく似た名前で取り違えた○単純なミス	注意深く処方箋を確認、薬剤の名前を確認する。	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」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
23	ロフラゼプ1mg「サワイ」30日分処方された。調剤する際、ロフラゼプ1mg「サワイ」の箱を取り出し調剤過誤防止のためミスゼロ個でバーコードを読み取りピッキングを始めた。100錠包装の箱には60錠入っており、数が足りなかったため、新しい箱をとりだしピッキングを続けた。その際あやまって似た名称のロラゼパム1mg「サワイ」の箱から錠剤をとりだし端数の処理間違い調剤をした。シートのデザインが少しちがっていたので鑑査時に判明した。	当事者は、薬局にロラゼパム1mg「サワイ」とロフラゼプ1mg「サワイ」の両方が採用されていることは理解していた。調剤過誤防止のミスゼロ個でバーコードを読み取り正しい医薬品をピッキングしたことによる安心から新しい箱を手にとるときに確認を怠った。	端数処理をするとき、新しい100錠包装の箱を手にとったときも再度ミスゼロ個でバーコードを読み正しいものであること確認する。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	施設・設備	ルールの不備	ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
24	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」が処方されているのに、ロラゼパム錠1mg「サワイ」がピッキングされていた。最終鑑査で気が付いたので交付までには至らなかった。	良く例えられる名称が似ている取り違い易い例としてノルバスクとノルバデックス、テオドールとテグレートなどがあるが、これらは薬効が明らかに違うので当該患者の疾患がある程度分かっていたら間違いだと気づくことができる。ロフラゼパムとロラゼパムは対象疾患が近いし、同一患者にも処方されることがあるので、疾患からは判断できない。文字を一文字一文字確認しなければ間違いの恐れがある。	頭文字3文字を拡大文字にする。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他			ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	【一般名】ロフラゼパムエチル錠1mgの処方、ロフラゼパムエチル錠1mg「トーフ」を調剤するところ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤した。鑑査システムでエラーが出たため、ミスに気付いた。	両剤とも向精神薬であり、名称も類似している。規格も同じであるため、思い込みにより間違えて調剤してしまった。○注意力散漫	最後の一字まで確認し、指差し呼称を行いながら調剤する。	ロフラゼパム錠1mg「トーフ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファクター	環境・設 備機器		その他
26	翌朝の棚卸時に、ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」とロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」の数量が10錠ずつの差異があることに気づき、該当の患者に電話で確認し、誤りが発覚した。デザインが変わり、効き目がいい薬なのかと思い、残っていたロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を飲まずに、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」を昼にすでに1錠服用してしまっていた。副作用などの健康被害は起きていないことを確認した。	名称が類似している上、同じ引き出し・近い場所に保管していた。間違いやすいと思い、気にはなっていたものの、対策を取っておらず、過誤が発生してしまった。 ○単純なミス ○作業手順の不履行	「類似名称あり！注意！」のラベルを付けた。意識を高めるよう、呼びかけた。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った		医薬品 施設・設 備		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	翌日朝の棚卸時にロラゼパム錠0.5mg「サワイ」とロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」に7錠ずつの差異があることに気づき、該当の患者へ電話したところ、誤って交付していたことが発覚した。投薬時にいつもと違う薬だと気付いていたようだが、効き目がいい薬なのかと思い、朝から服用し始めていた。当日昼に来局して頂き、交換を行った。副作用などの健康被害が起きていないことも確認できた。	1週間前にも同じ過誤を起こしたばかりで、「類似名称あり！注意！」のラベルを作って対策していたにも関わらず、過誤を起こしてしまった。注意不足だった。○作業手順の不履行 ○注意力散漫	ロラゼパム0.5mg「サワイ」の引き出しを、別な引き出しに移動した。ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」が処方の場合、「フ」の文字に丸を付けて、念入りに確認を行う。入力・ピッキング・鑑査時に声掛けをして確認する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
28	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「(一般名)ロラゼパム錠0.5mg2錠分2朝夕食後30日分の記載があった。薬剤師Aは調剤する時にロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を調剤するところを誤って同じ薬棚からロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーフ」を取り監査に回した。薬剤師Bは監査システム(パレラ)で間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはロフラゼブ錠0.5mg「サワイ」を正しく調剤し直した。監査段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ロラゼパムとロフラゼブは名称が似ていたため間違えやすかった。同じ棚の中にあり位置も近かった。薬剤師は新人だったため間違えに気づき難かった。混んでいたため焦りもあった。	ロフラゼブ錠とロフラゼブ酸エチル錠の棚の位置を離した。「名称類似あり」のマグネットを近くに貼り取り換え防止のために注意喚起した。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーフ」	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設 備		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
29	一般名が【一硝酸イソソルビド】の処方について本来であればアイトロールを調剤しなければならなかったところ、【硝酸イソソルビド】であるブランドルを調剤してしまった。鑑査者が一般名の微妙な違いに気付き、本で調べたところ、一般名は類似しているが、医師の処方内容と異なる事が発覚。	一般名の見落としと知識不足。	一般名処方の情報共有。レセコンの局内用名称を変更し、区別しやすくし対応。	アイトロール錠20mg	ブランドル錠20mg	判断を誤った	知識が不足していた		教育・訓練	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	一般名「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」のところ、「一硝酸イソソルビド錠20mgトーフ」で調剤。	一般名処方で事務員の入カミスに気付かず、硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠が同等ではないとの認識不足も重なったため。	一般名で似たような名称がある医薬品を列挙し、職員に周知させる。	ブランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠10mg「トーフ」		知識が不足していた			硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
31	一般名処方された一硝酸イソソルビド錠20mgを硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」で調剤してしまった。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」と硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の医薬品の名前がとてもよく似ている薬の在庫があったこと。	両方の薬の在庫があることを周知することとそれぞれ処方されている患者さんの未決申し送りに注意事項として記入しておく。	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」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	一包化する患者。錠剤分包機に錠剤をセットする際、本来、硝酸イソソルビド錠20mgをセットすべきところ誤って一硝酸イソソルビド錠20mgをセットしてしまった。一包化した場合、監査時に錠剤のロット番号だけでなく、実際に分包したPTPシートのカラも確認するようになっている。監査時にPTPシートのカラを確認したところ誤っていることに気が付き、分包しなおした。	当薬局では硝酸イソソルビド錠20mgよりも一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤する機会の方が圧倒的に多い。今回処方されていたのは硝酸イソソルビド錠20mgだったが、思い込みと確認不足により取り間違いが発生したと考えられる。○処方せんの見間違い	類似名薬剤が存在するものは特に注意して調剤・監査する。処方入力した薬剤師も調剤する薬剤師に、注意すべき薬剤があることを気づいた時点で伝える。今後も一包化した際はPTPシートのカラもつけて監査時に十分確認できるようにする。	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「サワイ」	確認を怠った				硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果	
		背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
33	個人在宅を行っている患者さまで一包化を行っている。処方箋ではランドル錠20mgの記載であったが、ジェネリック希望であったため硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」で調剤するところを、一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」でピッキングし、分包を行ってしまった。一包化の鑑査システムを導入しているが、鑑査時にエラーが発生し間違った薬で調剤していたことが発覚した。正しい薬剤で作り直し、患者さまには正しい薬で交付した。	薬のピッキングの後に処方箋をもとに照らし合わせを行うが、それができていなかった。○作業手順の不履行	似た名称で間違えやすいことをスタッフ一同共有し、見誤らないようにする。	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「トーワ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
34	患者が処方箋を持って来局。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」2錠分2朝夕食後90日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を調剤する所、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤し、気づかずに鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬の硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」ではなく、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を正しく調剤し、再度薬剤師Bに鑑査にもらった。鑑査の段階で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」と一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」の名称が類似している事と、患者来局時は店内が混雑しており焦りもあった為。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す前に再確認する事を徹底する。	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20mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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	患者さんが、処方箋を持って来局した。処方箋には、「一般名で、硝酸イソソルビド徐放錠20ミリグラム、4錠／分2朝、夕食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、一硝酸イソソルビド20ミリグラム「サワイ」で、ピッキングし、薬剤師Bも、鑑査でも気がつかず、薬剤師Cが、投薬時、発見、再度、薬剤師Bに鑑査してもらい、患者さんには、正しい薬、硝酸イソソルビド20ミリグラム「サワイ」を投薬した。	名前、薬効が、似ている上、薬剤師Bは、入店1か月目のため、在庫品目を把握していなかった。患者来局時は、店内が、混んでいたため、焦りがあった。	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの在庫位置を離し、業務手順を見直し、メンバーには、名称類似医薬品を伝え、調剤室には、表を貼り、再注意を徹底させた。	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」	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。



製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
36	一包化希望の患者様への分包調剤。処方情報(般)一硝酸イソソルビド徐放錠指示の所、硝酸イソソルビド徐放錠で分包してしまった。分包後、監査した薬剤師の指摘により薬剤の間違いである事に気づいた。	処方せんの見間違いと単純なミスによる取り間違い。待合室も混み入っていた為、焦りもあったものと考えられる。	類似名称薬の採用がある医薬品については「名称注意」と立札を付けて、注意喚起を促すようにした。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「ツルハラ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。
37	硝酸イソソルビド徐放錠20mgと一硝酸イソソルビド錠20mgの取り換え	一包化を行う前の計数調剤時、ピッキングマシンを使用していなかったため、取り揃える薬品を間違えた。	一包化の前でも、ピッキングマシンで薬品に間違いがないことを確認する。似た名称の薬品があることを注意喚起出来るよう、箱にラベリングする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

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	改善策	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマン ファク ター	環境・設 備機器	その他	
38	セニラン2mgを、誤って2mgセルシンのカセットに戻してしまった。	医薬品の名称が類似している。確認を怠った。		セニラン錠2mg 2mgセルシンの錠	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
39	テオドール錠100mgを調剤するところ、誤ってテグレート錠100mgで調剤し一包化した。	複数人の一包化調剤が夕方過ぎにFAXで送られてきた。急いで調剤しなければと気持ちが焦り、処方内容から短時間で調剤できる方から優先して一包化していったが、その最初が当患者だった。	名称類似薬のリストをアップする、一包化の際は調剤したシートをのこして、監査時に確認。	テオドール錠100mg	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった			テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
40	レセコン入力時の似た名称の薬剤の選択間違いで、事務員がノルバスクOD錠5mgにノルバデックス錠10mgを入力し、薬袋・薬情・手帳シールが作成され、調剤鑑査時に薬剤師が気づいた。	事務員の個人の資質的に注意力散漫な面があり、週末の午前中の多忙な時間であったので、特に焦りがあったと思われる。長年勤めていたから新しい事務員となって半年経ち、慣れも出てきたのか、入力等ミスが多発している時期で、鑑査時特に気を付けていたので交付まで至らなかった。名称は似ているが薬効は全く異なる薬剤で、薬剤師としては間違ふことはまずないと思われるが、事務員は薬効までは理解していることは少ないので、気づきにくいかもしれない。	個人の資質的な面があったので、ミスが多くても見逃さないように薬剤師間で注意を行った。	ノルバスクOD錠5mg ノルバデックス錠10mg	確認を怠った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品		ノルバスク錠とノルバデックス錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
41	メブチンミニ25μg、カルボシステイン錠250mg、アスペノンカプセル10mg、クラリスロマイシン錠50mgという処方があり、患者に確認すると風邪で受診したとのこと。風邪の患者に抗不整脈薬であるアスペノンカプセル10mgが処方されており、名称が類似するアスペリン錠10mgとの入力間違いを疑い医師に疑義照会したところ、その通りである旨の返答があり、処方変更となった。	○単純なミス		アスペノンカプセル10	アスペリン錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
42	医療機関からアスペノン10mgの在庫確認連絡があり、在庫有りと返答。程なくして投薬品が含まれる処方箋を患者さんが持参。何の躊躇いもなく調剤し投薬。後程、処方状態に疑問を持ち(カロナールとアスペノン4日分処方だった)医療機関に疑義照会した。結果、アスペノンではなく、アスペリンの間違いであった。医療機関が既に患者さんへ連絡しており、後程本人が交換にみえた。	処方意図を汲み取った、処方監査が不十分であった。バタついていたこともあり、焦り、患者さん本人への聞き取りも不十分であった。	名称の類似や効能効果を鑑みた処方箋監査を徹底し、何より患者さんへの聞き取りに注力する。	アスペノンカプセル10	アスペリン錠20	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)		医薬品		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
43	カルボシステイン錠500mg、トラネキサム酸カプセル250mg、PL配合顆粒等の中に、一種類だけ、アブリンゲン塩酸塩カプセル10mgが7日分で処方されていたため、患者に不整脈等で医師に診てもらったかを確認したところ、風邪で今回かかったと回答があり、病院に疑義照会したところ、アスペリン錠10mgの間違いだった。	病院で入力するときにアスペノンカプセル10mgとアスペリン10mgでの名称が似ていることから、間違えたと考えられる。	病院の薬剤部でも再確認するシステムを構築する。	アスペノンカプセル10	アスペリン錠10	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
44	71歳の患者に対し、新規でアテレックが処方されていたが、患者聴取より、アレルギーの薬を処方すると言われていた。疑問に思った薬剤師が疑義照会、アテレックからアレロックへ訂正となった。	注意喚起されている程に名前が似ている薬であるので、Dr入力時に勘違いをされていたと思われる。		アテレック錠10	アレロック錠5	判断を誤った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
45	アテレック5mgで処方箋は記載あり、薬局にて後発品のシルニジピン5mg「サワイ」に変更している患者さん、来局時処方せんを確認したところアテレック5mg1錠夕食後から2錠朝食後に変更、患者さんに理由を聞いたところかゆみが出ているためアテレックを1日2回にするような話だったそう。アテレックとアレロックを混同している可能性が考えられたため疑義照会したところアテレック5mgは1日1回に戻り、代わりにフェキソフェナジン60mg2錠朝食後が追加となった。	名称が似ている薬だったため医師も薬品名を混同したと思われる。	対策:医師のオーダーでアテレックを使用中止とし【般】シルニジピン錠5mgに変更する。	シルニジピン錠5mg「サワイ」		確認を怠った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
46	前回まで継続してエクセラゼ配合錠が処方されていたが、今回、エクセグラン錠で処方	処方医薬品の名称類似で誤って入力したと思われる		エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品		エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
47	エクセグラン100mg3錠分3での処方。初回。初回としての用量に疑問を持ち疑義照会をしたところ、エクセラゼ錠3錠の処方ミスだった	病院の処方ミス。	病院の処方ミスであったが、初回であり、外科からの処方でも可能性のありえる処方だった。スタッフによっては気がつかないケースも考えうるため、類似名称の医薬品についての理解と、そういった危険があることを念頭に業務にあたる。また、新規薬剤追加の際には投薬時のヒアリングを十分に行いミスを防ぐ。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠				その他	エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	エクセグラン(100)が処方。薬歴よりてんかん・脳の手術の既往がない事確認。患者本人にもそのような既往がない事、及び引きつけなどの症状がなく、今回は胃部不快感で受診したことを確認。処方医へ問い合わせの結果、エクセラゼ錠に変更となった	エクセラゼ配合錠とエクセグラン錠の薬品名の酷似による処方過誤と推測される。	薬歴・患者からの情報をもとに処方の適性を評価し調剤する	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品	その他	エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
49	一般名クエチアピン(セロクエル)25mg 3T毎食後の処方、歴より処方記録なし、既往歴より疑義照会したところ、セロクラール20mg3錠毎食後へ変更となった。	調剤者は疑問に思わずに調剤を実施、鑑査時セロクエル初回であり、以前も似たような処方間違いがあり不安に感じて疑義照会を行ったところ変更となった。患者にも確認したところ、以前でたことのあるセロクラールをお願いしたとの発言もあった。	病院での処方ミスの可能性を視野に入れて業務を行う。セロクラール20mgをセロクエルで処方してきた例は過去にもあったので意識する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg			その他		セロクエル錠とセロクラール錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
50	以前より当薬局を利用の患者様。処方内容はテオドール錠100mg2錠2×MAであった。前回までは三叉神経痛によりテグレート錠200mg2錠2×MAを服用していた。処方日数も60日分で効能も全く異なる薬剤のため不審に思い患者へ確認したところ前回よりも量を少なくしてもらったが違う薬とは聞いていないとのことDrへ疑義照会。結果、テグレート錠100mg2錠2×MAへと変更になった	電子カルテでの薬剤呼び出しの際にテオドールとテグレートを間違えたようだ	名称の似ている薬剤については病院側の発行時に間違いリスクは非常に高い。今後も不審な処方内容についてはしっかりと疑義照会を行って確認していく	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg		その他			テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	いつもマイスタンが処方されている患者に、一般名でゾルピデムが処方されていた。患者家族に確認したところ、処方変更の話は聞いていないとのことで疑義照会をかけた。マイスリーとの間違いでゾルピデムが入力されてしまったため、今まで通りマイスタンに処方変更となった。	いつもと同じ医師にかかっていたが、違う病院で診察を受けていた。類似名称で入力ミスが起こった。	薬歴のチェックや、患者・家族への聞き取りを丁寧に行う。	【般】ゾルピデム錠5mg	マイスタン錠5mg			コンピュータシステム医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
52	マイスタン5mgが処方、投薬時、患者様より眠れないので薬を出してもらったと確認。薬効がおかしいので疑義	薬名類似による処方医の入力ミスと思われる○単純なミス	新規の薬が出たときはどういう意図ででたのが必ず確認する	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	確認を怠った				マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	マイスタン5mg 1錠 不眠時 5回分・新規処方、他の抗てんかん薬ないため適用外	・マイスタン5mgが今回初処方では不眠時処方されているが、マイスリー5mgを夕食後定期処方と以前不眠時処方された履歴もあり、マイスリー5mgの処方ではなかったか確認。	・新規処方薬の処方監査の徹底・類似名称や頭の数字文字同じ薬への注意、情報共有	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			コンピュータシステム医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例  
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
54	処方箋にはマイスタン錠5mgが記載されていたが薬歴よりゾルピデム錠5mgが過去に処方されていたことから疑義照会したところマイスタン5mg錠ではなくマイスリー5mg錠に変更になった。	医療機関側が入力の際似た薬を選択したために起きたと考えられる。薬歴確認したことで疑義照会をし事故には至らなかった。	監査、投薬時に薬歴確認をしっかりと行い、患者様から得た必要事項は必ず薬歴に残す。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	新規患者さまに、ロフラゼパム錠1mgサワイが、1回1錠1日3回で処方されていた。分3で処方されていたことから患者様に伺ったところ、以前はワイパックスを服用していたとのことで、医師に問い合わせ。ロラゼパム錠1mgサワイへ変更となった。	一般名、薬効が似ていた。		ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」				教育・訓練	ロラゼパム錠とロフラゼパム錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。
56	患者が別病院から転医し、門前の病院をかかった際、医師がお薬手帳から採用している薬への変更を行った。お薬手帳にて一硝酸イソソルビド20mg「サワイ」の記載がされていたが、医師が処方したのが一般名で硝酸イソソルビドとなっていた。	一般名で硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドが別の薬である知識がなく、同一のものと判断した。	病院への疑義紹介を行い、同一ではないことを伝えたくて、薬局内にて同様のケースが起きないように一般名が類似している薬について情報共有を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	判断を誤った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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	硝酸イソソルビド徐放錠(20)一硝酸イソソルビドへの変更。家の近くの医院に転院。薬局は継続利用。前の病院と同じ薬が出ると説明されたときと聞きとったが処方が変わっていたので疑義。	医師による単純なミス。薬剤名が類似しているために生じたと思われる。	手帳や過去歴との照らし合わせ。患者とのコミュニケーションを今後ももと、かかりつけ薬局として頑張る。	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」	連携ができていなかった		医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違え事例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。