

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「規格・剤形間違い」)

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	硝酸イソソルビド錠20mgとだけ医薬品名称が記載されている処方箋を応需した。硝酸イソソルビド徐放錠20mgか一硝酸イソソルビド錠20mgか判別がつかないため、処方元医療機関に確認したところ、一硝酸イソソルビド錠20mgであった。	一般名の類似	名称が類似している医薬品は、薬品棚に注意喚起の表示をする。	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」			医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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「薬剤取り違え」)

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	
2	エクセラゼ配合錠を処方すべきところ、エクセグラン錠を処方してしまった。交付後、患者本人が薬局で発覚。	調剤はSPが行い、ピッキングリストのエクセラゼ配合錠の棚番が間違っており、抗てんかん薬の棚番を開き名称が類似しているエクセグラン錠を調剤してしまった。監査時、薬剤師は調剤ミスに気付かず、そのまま薬剤を交付してしまった。投薬時、相手が医師であったため、薬品名の確認がおろそかになってしまった。また、処方箋受付時間が17時前後であり、疲労がたまり、誤りが発生しやすい時間帯であった。	マニュアル・手順の見直しとして、棚番の変更の実施し、変更の際にはレセコンの棚番変更の徹底する。また、劇薬と普通薬は離して配置する。エクセグラン錠は100錠包装にし、赤い輪ゴムをかけるようにし調剤時には注意喚起を行う。人的要素の改善では、薬剤監査時のチェックを徹底し、投薬時の再確認も怠らないようにする。また、服薬指導時には必ず医薬品名を読み上げることが徹底する。更に、日常から体調管理に気を配り、管理者は業務に負荷がかかっている人員がいると判断した場合、必要に応じて休憩を取らせる等の対応を行う。知識確認のため、必	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	技術・手技が未熟だった	医薬品	ルールの不備	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。
3	複数の薬剤が処方されている中の1剤アレロック錠の処方に対し、アテロック錠を調剤、監査で調剤の誤りを見逃したまま薬剤を交付した。後日、見慣れない薬剤が入っていると患者本人が薬局で誤りが発覚。アテロック錠は服用されておらず、正しいアレロック錠と交換し謝罪を行なった。	繁忙な時間帯の薬局で、待ち時間が長くなっている焦りから監査が疎かになっていた。	典型的な、「名称が類似している医薬品」の調剤間違いであり、対策として調剤棚の薬品名を大きくし、視覚的に注意を促すよう対応した。	アレロック錠5	アテロック錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アテロックとアレロ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。
4	2018年11月14日(水)11時頃に、外科を受診した患者(85歳女性)が処方せんを持って薬局に、処方せんには「アテロック錠5mg1錠/分1朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からアテロック錠5mgを調剤するところ、その下の薬棚にあったアレロック錠5mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のアテロック錠5mgではなく、アレロック錠5mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアテロック錠5mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アテロック錠5mgとアレロック錠5mgの棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。また患者が薬局にきた時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	アテロック錠5mgとアレロック錠5mgの棚の位置を離れた。また、業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	アテロック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備		アテロックとアレロ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。

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「薬剤取り違え」)

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	
5	一般名処方でオロパジン塩酸塩錠5mg2錠1日2回朝夕食後30日分が処方されていて本人の希望で先発品のアレロック錠5mg60錠お渡しするところをアレック錠5mg60錠お渡しする。	確認したつもりが類似薬品名が調剤されていたことに気付かなかった	再度確認を徹底する	アレロック錠5	アレック錠5	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった			アレックとアレロ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。
6	アレック錠5mg処方の所、誤ってアレロック錠5mgで調剤してしまった。鑑査時に調剤した薬剤師とは別の薬剤師が気づいた。	繁忙時間だったため、調剤者の注意力が散漫していた。	類似薬の注意喚起を朝礼で行う。	アレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		アレックとアレロ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。
7	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「アレック錠5 1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、処方箋をみてアレック錠5mgと思い込み、調剤して、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、アレック錠と名前が似ているアレロック錠が調剤されていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはアレック錠5 28錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	事例発生当時は、調剤業務が集中している時間帯で忙しく、処方せんの確認が不十分で見間違いが起こった。また、業務を急いでしまい、注意力散漫により調剤ミスに気付かなかった。薬品棚の配置も近い場所ので、取り間違いが起こりやすかった。	調剤の際は、処方内容と薬品の指差し確認を必ず行う。名称が似ている薬剤は、棚を離して配置する。	アレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	アレックとアレロ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。
8	処方がアレック5mgの所をアレロック5mgを調剤。患者がシートの色が違うと指摘され発見。	商品名処方で類似名称のため、単純なミス。	類似名称の一覧を掲示	アレロック錠5	アレック錠5	確認を怠った				アレックとアレロ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。

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「薬剤取り違え」)

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	
9	アレロック錠5のところアテレック錠5で調剤し交付してしまった。1錠服用して患者本人が気づいて発覚した。幸い自覚症状ある副作用は出なかった。	花粉症で受診されアレロックとアラミスト点鼻が処方されていた。処方意図を薬剤師が読んでいれば似た名称でも気づいた。医薬品の頭文字と規格しが確認していなかった。医薬品の頭文字3文字は読むように、調剤棚もインシデント発生したので注意喚起の札を付けた。		アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	知識が不足していた技術・手技が未熟だった		教育・訓練	アテレックとアレロ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。
10	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには、「テグレート錠100mg 4錠 分2 朝夕食後 50日分」と記載。薬剤師Aは、調剤する際、薬棚から、テグレート錠100mgを調剤するところ、その隣の薬棚にあったテオドール錠100mgを調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査を担当した薬剤師Bが、処方薬のテグレート錠100mgでなく、テオドール錠100mgであることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、テグレート錠100mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で、誤りに気付いたので、患者には正しい薬を交付した。	テグレート錠100mgとテオドール錠100mgは、棚の位置が左右で近く、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間帯は店内が混んでいたため、焦りもあった。	棚の配置は、テグレート錠100mgとテオドール錠100mgの位置を変えて離れた。業務手順の再確認を行い、取り間違いのあった棚にそれぞれ、取違い注意の札を貼った。薬歴の申し送りの欄に取り間違いのあったこと書き込み、注意喚起を行った。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		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	名称類似品の取り間違い	○作業手順の不履行	処方箋のコピーにアンダーラインを引く。注意喚起する。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			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。

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「薬剤取り違え」)

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	
12	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「テオドール錠100mg、1錠/分1就寝前、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からテオドール錠100mgを調剤するところ、その右の薬棚にあったテグレート錠100mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方せんのテオドール錠100mgではなく、テグレート錠100mg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はテオドール錠100mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	テオドール錠100mgとテグレート錠100mgは、棚の位置が隣り合いで、名称は似ており、有効成分量は同じ量であったため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	テオドール錠100mgとテグレート錠100mgの棚の位置を離し、薬の再確認をすることとした。投薬口に名称類似医薬品表を貼り、間違え防止に努めた。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を急った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		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。
13	テオドール200mgが処方されているが、テグレート200mgを間違えて計数調剤。監査にて発見し訂正。	薬品名が似ており、繁忙時でもあり確認を急った。	「類似名称あり」と注意喚起のシールを貼る。	テオドール錠200mg	テグレート錠200mg	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			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。
14	テオドール錠100mgの処方箋を調剤者が誤ってテグレート錠100mgで調剤。監査者が誤りに気が付き、調剤者が再び正しい薬剤を調剤し直して患者様へ正しく交付した。	テオドール錠とテグレート錠は名称類似品で、調剤時に見間違いを起こしてしまったことが原因となる。また、他の処方薬から呼吸器に異常のある患者様と予想できたことからテグレートよりもテオドールの方が適しているということにも気が付かなかったことも要因の一つと考えられる。○処方せんの見間違い○注意力散漫	調剤時に処方箋の一字字監査を行い、見間違えたまま調剤を行うことのないようにする。また、処方全体から処方薬の妥当性を考えて調剤を行う。	スロージットカプセル100mg	テグレート錠100mg	判断を誤った		医薬品		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。

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「薬剤取り違え」)

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	
15	ユリノーム50mg錠のところ、ユリーフ4mg錠で調剤	薬剤名が類似しており、調剤者の思い込み・確認不足があったと思われる	新たな改善策は設けず、基本的な確認事項(薬剤名・剤形・規格・単位等)の確認の徹底を行う。	ユリノーム錠50mg	ユリーフ錠4mg	確認を怠った				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。
16	一般名の一硝酸イソソルビド20mgの処方箋記載の患者に、硝酸イソソルビドを用意。一包化する時に名称間違いに気が付きました。実際には、一般名称通り一硝酸イソソルビドにて投薬しました。	名称が似ていること、漢数字の一の判読がしづらいこと。	一硝酸ソルビドの扱いを中止する。在庫が消尽次第、同成分で販売名称の異なるソプレロール(日新製薬)に切り替えることにした。	一硝酸イソソルビド20mg	硝酸イソソルビド20mg	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
17	一般名処方で「一硝酸イソソルビド」の処方だったが、「一」を横棒と勘違いし、そう思いこんで「硝酸イソソルビド」を調剤した。調剤後も、疑問を持っていたが、監査者へ相談しなかった。監査者が気付いて訂正したので、患者さんには正しい「一硝酸イソソルビド」をお渡しした。	「硝酸イソソルビド」と「一硝酸イソソルビド」があることは知っていたが、「一」を横棒と勘違いし、思いこんだのでその知識を利用できなかった。また、よく出る商品は「硝酸イソソルビド」で、「一硝酸イソソルビド」は一人だけだった。	よく似た名前薬品リストとして作成し、局内回覧した。「一」が付く薬があるのでその知識を利用できなかった。事例の共有を図った。	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	確認を怠った報告が遅れた(怠った)	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
18	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドを見間違えて調剤ミス	名前が似ている。	棚に注意喚起のコメントを記載する。監査者に渡す前に自己ダブルチェック	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				硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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.	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	
19	一般名処方:硝酸イソソルビド徐放錠を、一硝酸イソソルビド錠で調剤してしまっ。4月に間違えて調剤してから、11月に至るまで計5回間違えて調剤していた。	類似する薬があることを把握しておらず、先入観から間違った薬を選択した。「一」と「徐放」の違いを軽視してしまっ。	類似する薬があることを店舗内で情報共有した。薬の棚に注意喚起のラベルを貼った。	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	知識が不足していた		教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
20	79歳男性に対して居宅療養管理指導の新規の依頼が主治医よりあり処方せんを応需した。初回は退院時処方を引き継ぐと主治医の意向を確認した。処方せんは手書き処方で、硝酸イソソルビド錠20mg 2錠 朝夕食後と記載されていた。調剤者は採用品目である一硝酸イソソルビド錠20mgで調剤を行った。鑑査時に鑑査者は一般名:硝酸イソソルビド錠20mgに該当する薬剤は存在しないことに気づき、処方医に疑義照会を行ったところ徐放錠の記載もれであることが判明し、正しくは硝酸イソソルビド徐放錠20mgであることが確認できた。鑑査時点で確認をとることができたので、患者には正しい内容で交付することができた。	当薬局では硝酸イソソルビド製剤では一硝酸イソソルビド錠20mgの採用しかなかったため、他に硝酸イソソルビド徐放錠20mgが存在することを考えず、思い込みで調剤を行ってしまった。○手書き処方せん一般名処方の場合には医師の記載誤りも念頭に入れてより注意深く調剤しなければならなかったが、経験が浅かったためそこに至らなかった。	一硝酸イソソルビド錠20mgおよび硝酸イソソルビド徐放錠20mgの箱にそれぞれ注意喚起札を作成し取り違え防止策を行った。また一般名処方類似リストを作成し、薬局内で情報の共有を行った。手書き処方せんを応需した際には、必ず複数の薬剤師の目で内容の確認を行うことをルール化した。	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」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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「薬剤取り違え」)

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	
21	7種類の薬剤が処方された患者。一包化の指示あり。処方薬の内の1つは硝酸イソソルビド徐放錠20mg『ツルハラ』だったが、薬剤師Aが一硝酸イソソルビド錠20mg『サワイ』を集薬。その後薬剤師Bも取り間違いに気付かずそのまま一包化。分包後の監査で薬剤師B・Cは薬剤師Aの間違いを見逃してしまったが、薬剤師Aが監査する際に自らの取り間違いに気付く。ようやく薬剤師Aが間違いが判明。硝酸イソソルビド徐放錠20mg(メーカーは薬局の在庫の都合で『ツルハラ』→『サワイ』に変更して薬剤)で分包し直し、薬剤師B・Cも改めて監査。患者に投薬する前に事なきを得た。	調剤者・監査者共に、類似名称の薬剤に対する意識が低かった。当薬局においては、硝酸イソソルビド徐放錠より一硝酸イソソルビド錠の方が取り扱っている期間が長く、馴染みがある(イメージが強い)こともあり、『硝酸イソソルビド』という文字が目に入った瞬間に後者の薬剤が真先に浮かんだものと思われる。またいずれも規格が20mgと全く同じであったことも選択を間違えた要因の一つである。今回のケースでは一度処方箋を預かり、しばらくしてから患者家族が薬を取りに来ることになっていたので、調剤・監査に通常より時間をかけることができた。3人目の監査でやっと間違いが判明したことから、繁忙時であれば気付かずに患者に投薬していた恐れもある。可能な限り監査者は多い方が良いと感じた。	同薬局内に類似名称同士の薬剤がないか見直しを行い、リストを作成。特に規格も同一であるものは要注。双方の包装箱や棚など調剤時目に付く所に注意を促す付箋や色テープ(できれば文言付き)を貼り付けておき、調剤後は時間の許す限り一人でも多く監査を行う。	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』	判断を誤った		医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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	一般名にて一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠 分2 朝夕食後 30日分処方があり、それを医薬品卸に注文時、硝酸イソソルビド錠20mgサワイで伝えてしまい、硝酸イソソルビド徐放錠20mgサワイを調剤し投薬しようとした。投薬薬剤師が、薬品の箱に徐放錠の文字があったことから異なる薬剤であることに気付く、患者が薬局を出る前に回収した。	一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド錠20mgの違いを見落とし確認を怠った。処方せんの見間違い。一般名処方の薬剤名の類似の認識が甘かった。	一般名の類似している薬剤を薬剤師全員が周知し、表に書き出して注意することにした。また処方箋の内容を確認して見直すことを徹底させた。	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』	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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	一硝酸イソソルビド錠20mg『サワイ』1錠 1日1回夕食後14日分の粉砕の処方を調剤時に、硝酸イソソルビド徐放錠20mg『サワイ』で調剤。処方箋をもう一度見返した際に誤っていることが発覚。	薬剤保管用引出しの「イ」の中に隣接して保管してあったこと、またヒーテデザインも類似していたことから、誤ってピッキングしてしまった。	予製患者のため、注意書きを目立つよう記載。保管場所を引出しと棚カセットに分けて保管し、調剤過誤防止にあたる。	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』	確認を怠った		その他		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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「薬剤取り違え」)

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	
24	一般名処方で「一硝酸イソソルビド錠20mg」の処方であったが、入力時「硝酸イソソルビド徐放錠20mgトローワ」(一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mg)で入力してしまい、調剤時、一般名が似ているために、チェックをスルーしてしまい、一包化のパソコンの監査チェックでは、合っていると思ひ込み、そのまま調剤。Peechでも、対象外のためそのままスルー。鑑査時、入力チェックでもスルーしてしまっていたが、薬品と処方箋を付け合わせているときに、処方箋は一硝酸、調剤薬は硝酸であることに気づき、調剤し直した。	医療事務も、これが違うものだという認識がなく、最初に発見されたものをこれだと思い入力してしまう。調剤時、混雑していたのもあるが、入力のチェックにおいても、似ている一般名のためスルーしてしまった。	全職員に、こういう事例があったことを周知徹底し、一硝酸と硝酸の薬品は違うものであることを伝達する。硝酸イソソルビドという一般名が処方された時は、「一」についているかついていないか、ミリ数はいづらか規格のチェックを徹底するようにする。全員が知っており、意識していれば防げるミスであると思われる。	ソプレロール錠20mg	一硝酸イソソルビド錠10mg「トローワ」	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			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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	硝酸イソソルビド20mgが処方されているところ、一硝酸イソソルビド20mgを調剤。	一包化のため、調剤後のヒート空に間違いが発覚。監査の際に、きちんとヒート空を残しており気づくことができた。類似の名称につき、調剤した薬剤師の確認不足が原因。忙しい時間帯であったことも原因と推測される。	処方箋に印をつける(一硝酸と硝酸に丸印)必ず分包後はヒートの空をつける。似ている薬剤、とり間違いの恐れのある薬剤の一覧を作成し、分包機近くに貼って注意喚起する。	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	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
26	一般名処方の硝酸イソソルビド徐放錠20mgを、一硝酸イソソルビド20mg「サワイ」をピッキング。調剤監査の機械PDAにてはじかれ、気づく。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」をピッキングしなおした。	待っている患者さんが他にもおり、焦りがあった。	眼での確認と、PDAの使用を徹底する。また類似薬が存在していることを知識として知っておく。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
27	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」の処方に対し、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」で調剤。鑑査時に気づき、修正。	名前が類似、規格が全く同じ薬であり、確認を怠った。〇処方せんの間違い	一度ピッキングした後に、再度処方箋と実際の薬の名称を確認する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」	確認を怠った				硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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「薬剤取り違え」)

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	
28	最初の来局患者が処方箋を持参した。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、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を調剤するところ、その横の薬棚にあった一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査実施時薬剤師Aは、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付く。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Aが監査した。監査の段階で誤りに気付いたため、患者さんには正しい薬を交付した。	当日最初の患者さんであり、少々落ち着きがなかった。薬剤名を二度確認しておらず一度の確認で、調剤してしまつた。	類似名称の医薬品記載処方箋には、赤色の付箋を付けて注意喚起する。処方薬の名称は必ず二度確認する。	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」	確認を急った		医薬品	ルールの不備	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
29	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには一般名処方「(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mg、2錠/分2、朝夕食後、30日分」と記載、患者は先発品を希望した。薬剤師Aはフランドル錠20mgを調剤するところ、誤ってアイトロール錠20mgを調剤、そのまま監査に回した。監査にあつた薬剤師Bが、処方薬のフランドル錠20mgではなく、アイトロール錠20mgが調剤されている事に気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはフランドル錠20mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者さんには正しい薬を交付した。	一般名処方では、フランドル錠20mgとアイトロール錠20mgは、それぞれ、「(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mg」、「(般)一硝酸イソソルビド錠20mg」と名称が似ていたため間違えた。○処方せんの見間違い	調剤者がピッキングをした後、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底する事とした。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg	確認を急った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。

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.	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	
30	他医療機関に入院時の11/26に薬剤部が持参薬を確認したときに、一包装のなかに硝酸イソソルビド20mgと間違えて一硝酸イソソルビドが入っていたと当薬局に連絡が入りました。	当該処方は一方向化しており、日付記入し分包していました。一般名処方と薬品名が類似しているため、取り違えてしまい、他の薬剤師確認時そのまま調剤してしまいました。	特に硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドは名称が似ているため、充分注意し、確認することを職員全員で共有し心がけるよう改善します。	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				硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
31	一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されたが硝酸イソソルビド徐放錠20mgで入力されていたのに気づかず、そのまま患者に情報提供文書を交付してしまっ。処方は一包装であり、一包装薬は正しい一硝酸イソソルビド錠20mgで調剤し交付されていた。	薬剤名の類似、類似薬剤の存在に関する知識不足。過誤防止システムが常時使用されているにも関わらず、本件に関しては私用されていなかったこと。	類似薬剤名の存在を周知する。過誤防止システムの使用有無を明確にすることで使用漏れを防止する。	一硝酸イソソルビド錠10mg「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	ルールの不備	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビド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。
32	アロプリノール錠100mgを調剤すべきところ、アロチノール塩酸塩錠10mgを調剤し交付。服用前に患者が気づき連絡あり。	名称が類似しているため取り違えた。	薬品ケースが隣接していたため離し、ケースに取り違い注意のラベルを貼り注意喚起した。	アロプリノール錠100mg「ケミファ」	アロチノール塩酸塩錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		アロプリノールとアロチノー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。
33	アロチノールとアロプリノールと名称の類似から間違えました。	処方医薬品の多さから医薬品の名称の取り違えを行った。	似た名前薬は、薬品棚で少し離れた場所に置くようにしました。箱に間違いやすい名前を記載して、手に取る時にもう一度確認できるようにしました。	アロチノール塩酸塩錠10mg「トロー」	アロプリノール錠100mg「トロー」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	ルールの不備	アロプリノールとアロチノー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。

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.	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	
34	FAXが来た時に間違えてアロプリノール錠を出して調剤していた。患者さんがとりに来た時にもう一度処方せんを確認した段階で気がついてアロチノロール塩酸錠を渡した。	FAXの字が少しうすかったような気がするのと、常にアロチノロール錠がでていたのに注意が足りず、パソコンでの入力はアロチノロールになっていた	アロチノロールとアロプリノールの棚の離して調剤室に名称類似医療品の表を貼り、取り間違え防止のため注意喚起をした。	アロチノロール塩酸錠5mg「DPS」	アロプリノール錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アロプリノールとアロチノロ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。
35	一般名処方でラニチジン錠150mgが処方された患者に誤ってラフチジン錠10mgを準備してしまった。投薬前に別の薬剤師が気付き、患者には正しい薬をお渡しすることができた。	単純なミスで処方箋の見間違いが原因と思われる。患者が多く来局し注意力が散漫になっていた。	名称が似ている薬も多数あるため、規格まで確認することを徹底し、薬箱にもマーカーを付けた。	ラニチジン錠150mg「サワイ」	ラフチジン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ラニチジンとラフチジ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。
36	処方されたを薬剤棚から取り出す際に、ラフチジン5mgを出すべきところを誤ってラニチジン150mを取り出してしまった。1包化が必要だったので、他の者が処方と薬剤が一致しているか確認しながらシートから錠剤を取り出すのだが、そこでも間違いを見落とした。薬剤師が錠剤分包機に錠剤を入れる際に、薬剤名が違っていることに気づいた	薬剤名が酷似していたこと、仕事に慣れた職員であったためかえって確認がおろそかになってしまったことが大きな要因。何重にもチェックすることになっているので途中で気づくことができた。	薬剤名がよく似ているので、それぞれの棚に注意喚起のポップをつけた。もう一全職員で作業手順を徹底した。	ラフチジン錠5mg「サワイ」	ラニチジン錠150mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	仕組み	ラニチジンとラフチジ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。
37	ラフチジン錠10mg「日医工」をラニチジン錠150mg「日医工」で交付してしまった。	主たる病院の処方せんではなかった。繁忙時の業務により確認よりもスピードを優先してしまった。処方箋を見たときに頭の中で薬効H2ブロッカーに置き換えてしまい薬品名が類似したものと取り違えた。	出勤病院以外の処方箋監査にはいつもよりも一呼吸おいて集中する。薬袋に入れる際は実物の薬品名と処方箋の薬剤をしっかりと見合わせる。処方箋の文字と薬品の文字を合わせるように確認する。	ラフチジン錠10mg「日医工」	ラニチジン錠150mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった			ラニチジンとラフチジ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。

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.	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	
38	ラフチジンのところ、類似名のラニチジンで調剤。	〇処方せんの見間違い	類似名医薬品は多数あるので、薬品名をしっかりと確認する	ラフチジン錠10mg「日医エ」	ラニチジン錠150mg「サワイ」	確認を怠った				ラニチジンとラフチジ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。
39	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」で交付するところ、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」で交付していた。	ピッキングシステムを用いながら調剤するところ、普段から用いてなかった。薬品名、規格が類似していた。	ピッキングシステムを必ず使用するよう調剤作業方法を変更しました。	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			ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg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。
40	一般名処方で「【般】ロフラゼパム錠1mg」が記載された処方箋を応需した。ロフラゼパム錠1mg「サワイ」をお渡ししようとしたところ、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」をお渡ししてしまった。(調剤ミス、薬剤の渡し間違い)	『ロフラゼパム錠1mg』『ロラゼパム錠1mg』はどちらも後発医薬品の向精神薬という同じ分類に属しており、頭文字も同じなので近い場所に保管されていた。そのため両者の取り違えが置きやすい状況であった。当店で調剤過誤防止用の端末を使用しており、処方箋とは違う薬剤のバーコードをピッキングした場合にはエラーが表示される仕組みになっているが、この時は正しく運用されていなかった。調剤者はこの端末でエラーが出たことにより一度は薬の取り違えに気付くことはできた。ところが正しい薬と誤った薬を机上の近くに出した際に取り違えてしまい、一旦出した正しい薬を棚に戻し、誤った薬を再び鑑査に回してしまった。	・2剤の置き場所の整理と、注意喚起のための表示を変更し、調剤者が取り違えに気付くように改善した。 ・調剤者、鑑査者は薬タッチを正しく活用し、薬のヒートシールに印字されたバーコードを必ず読み込むよう徹底する。取り違えに気付いたときは薬剤の交換だけでなく、必ず正しく登録しなおしてエラーを修正・消去する。目視で確認できたとしても、原則としてエラーのない状態で患者様に渡すように運用する。 ・調剤者が薬剤の取り違えに気付く、交換したときには鑑査者に一言声をかけるなど注意を促す。これにより名称・規格など取り違えが起きやすい薬剤が含まれている意識を鑑査者と共有する。	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	ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg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。	
	この際に薬タッチに正しく再登録することを怠ったものと予想される。また鑑査者も名前が酷似している薬剤の違いに気付かなかった。端末を用いて最終チェックするようルール付けていたが、上記の通り調剤者がエラーを見て出しなおしているところに気づき、「調剤者が出しなおした」という行為を信頼して、薬タッチのエラーをチェックする意識が徹底されていなかったようである。本来ならば薬剤ヒートシールに印字されたバーコードを活用して薬剤を再登録し、エラーをなくした状態で患者様にお渡しするべきだった。(作業手順の不履行)									

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.	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	一般名処方の半錠指示の処方箋であった。調剤者はロラゼパム錠1mgを半錠調剤したところ、監査者が間違いに気づき、ロラゼパム錠1mgを半錠調剤し直した。	ロラゼパム錠の方が当局では頻りに処方されたこと、調剤者はいつもと違う半錠指示に気を取られて、注意力不足になり、調剤ミスを起こしたと思われる。	この様にいつもと異なった薬剤の半錠指示があった場合は思い込みで薬を取り間違えることがある。取り違いを防ぐ為に調剤者の手元に処方箋を置き、確認しながらピッキングを行う。半錠調剤でヒートから薬を取り出す際にも一度処方箋に記載された薬剤名を確認する。名前が類似している薬は離して保管し、それぞれに注意喚起の札を付ける。開封後の薬剤にヒートと半錠にした薬剤の錠数や識別コードに間違いがないか調剤者・監査者ともに確認する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった			ロラゼパムとロラゼパム錠エチルエチルの販売名類似については、薬剤取間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。
42	ロラゼパム錠1mgで処方が出ていたものをロラゼパム錠1mgで調剤、お渡ししてしまい患者様が自宅に帰って薬を飲もうとしたところで見つかり交換を行った	名称が類似しているため間違えてしまったものと思われる	名称が似ているため場所を話す、表示に色枠をつける、声出し確認を行う、似ている名称の薬一覧表を作成する	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ロラゼパムとロラゼパム錠エチルエチルの販売名類似については、薬剤取間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。
43	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」で交付するところをロラゼパム錠1mg「サワイ」で交付し、患者本人はいつもの薬と違うことに気づきながら、1週間服用し体調変化は見られなかった。次回の薬剤交付時に薬を確認した際、前回交付されたものが錠剤の大きさが違っていた申し出があり、後日残っている薬を持参して発覚した。処方元の病院にも経緯を連絡した。	他の定期薬の一包化で薬剤の変更があったため、その確認に気を取られていた。ロラゼパムの名称類似医薬品が存在することも理解できておらず、処方箋との対比確認が不十分であった。	名称類似医薬品の存在を注意喚起する札を薬品棚及び箱につけた。似た名前前の薬があるものを念頭におき、特に気をつけて監査・投薬する。	ロラゼパム錠0.5mg「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技術・手技が未熟だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム錠エチルエチルの販売名類似については、薬剤取間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。
44	ロラゼパム錠とロラゼパム錠を取り違えて交付	名称が似ている、どちらも向精神薬であること、同じ引出に入っていることなど間違えやすい要因が重なっている。	監査でも間違いに気づきやすいよう薬品マスタに『名称類似あり』と記入することで薬品の監査で見つけやすいようにした。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		仕組み・ルールの不備	ロラゼパムとロラゼパム錠エチルエチルの販売名類似については、薬剤取間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。

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.	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	
45	処方方はロプラゼブ酸エチル1mgであったのに、ロラゼパム1mgで調剤、投薬してしまった。翌日在庫調べをして判明し、患者さんに連絡を取り、ロプラゼブ酸エチルをお届けした。連絡がついたのはご家族の方で、本人には会えず、ロラゼパムの回収ができなかった。服用状況が把握できていないため、Dr.には事実のみ報告、次の薬局時にロラゼパム回収。少し服用されていたため状況を確認した。SEなど特別な被害は出ていない状況だった。	名前の似ている薬剤については気をつけているが、見落としてしまった。作業手順の不履行名前の最後まで復唱するようにしないとけない。この事例があってから、次の納品時ロプラゼブ酸エチルの箱の包装が変わってきたため判別がつきやすくなった。	保管場所を、少し離して保管。箱の形状が変わったことによって、職員の認識も新たになった。類似名の薬剤があることを、再度確認しあっていることとする。	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ロラゼパムとロプラゼブ酸エチ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。
46	薬品名が似ている薬剤の調剤ミス。薬剤名に気を取られて規格も確認できずに錠剤した。鑑査でミスに判明し患者には実施なかった。	○単純なミス○焦り	ミス発見システムを利用しているので、実施を継続する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」	確認を怠った				ロラゼパムとロプラゼブ酸エチ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。
47	一般名ロプラゼブ酸1mg処方されていたが、誤って一般名ロラゼパム1mgを調剤・一包化してしまった。患者は施設入所中であり残薬が数日分あった。服用前に薬局側で気付いた為、速やかに交換し服用を回避する事ができた。	一般名ロプラゼブ酸は商品名ジメトックスで調剤していたが、商品名ロプラゼブ酸に名称変更になった事で類似薬品名ロラゼパムと取り違えてしまった。 ○処方せんの見間違い○焦り○注意力散漫	それぞれの薬品棚には「取り違い注意」喚起シールを貼り、再確認を促すようにした。	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」	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 通常とは異なる身体的条件下にあった			ロラゼパムとロプラゼブ酸エチ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。

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「薬剤取り違え」)

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	
48	以前からロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」の処方があった患者にロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤してしまい、監査でも気づかず、投薬時に薬剤名を確認しながら患者に渡している間に気づき、調剤過誤には至らなかった。	向精神薬のため保管場所の引き出しに箱のまま入れてあった。あいいうえお順で近くにあり、製薬会社も同じで、規格も同じため、似ていたのを取り違えた。監査でも確認した際には見間違いをした。投薬時に処方箋や薬歴、薬袋等と照らし合わせながらしっかりと確認したため間違いに気づき、すぐに交換し事なきを得た。この患者に処方されているのがロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」の方だということは以前から知っていて何度も調剤をしていたにもかかわらず、この時は見間違い、取り間違えてしまった。多少混んでいた時間帯のせいもあったのかもしれない。	箱に赤字で薬品名を書いたものを貼って箱を明らかに違う様子にした。調剤時、監査時の声出し確認も効果があった。	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	その他			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
49	「一般名処方」において、名称の酷似、規格単位が同じであったことによる確認ミス。ロフラゼブ酸エチル錠1mgの処方に対しロラゼパム錠1mgを調剤した。	手書き処方せんでもあり、一般名の名称が似ているので、要監査医薬品であったが、単純なミスと注意力散漫が重なってしまい、調剤者、監査者ともに見落としてしまった。	調剤棚に注意喚起の張り紙をしたミーティングで全員に警告。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トローワ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
50	ロフラゼブ錠が処方されていたが、ロラゼパム錠がピックアップされていた。調剤監査時、ミスが発覚し、修正。渡し間違えを防ぐことが出来た。	名称が似ており、急いでいると取り間違えてしまうことが考えられる。また、50音順で引出に入っていた為、この2薬剤は隣同士であった。	ピックアップ時にミスに気付けるように、「名称類似品注意」という張り紙を該当薬剤の入っている引出に貼る。似ている薬剤が近い場所に存在しないように場所を離す。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	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通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。

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「薬剤取り違え」)

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	
51	成分名が似ている為取り違えた。監査時に気づいて修正した。	注意力散漫	名前が似たものは他にもたくさんあるので、一つ一つ丁寧に確認するようにする。	ロラゼパム錠1mg「トーワ」	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			ロラゼパムとロラゼパム酸エチ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。
52	一般名でロラゼパム錠1mgと処方。名称類似、同一剤形・規格であることによるピッキングミス。	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ	医薬品の名称をしっかりと確認する。医薬品名の先頭3文字をしっかりと確認するだけでも防ぐことが出来る。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム酸エチ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。
53	一般名処方の薬剤名が類似していたため、誤認して調剤	処方せんの見間違い	監査の徹底を心掛ける	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロラゼパム酸エチ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。
54	処方箋には一般名処方に記載されていたロラゼパム錠1mgについてロラゼパム錠1mg「SN」で調剤。監査時に発覚したため投薬はせず。	ロラゼパムは0.5mg錠と1mg錠があり、ロラゼパム錠は1mg錠と2mg錠がある為、それぞれ0.5mgと2mgは規格から間違いが起きにくい1mgは重なる為調剤間違いが起きる。	もともと棚と引き出しに分けて在庫するようにしていたため配置の問題ではなく存在の認識がしっかりできていないことが原因だと考えた。そのため改めて従業員全員で名称の酷似した薬があることを共有し、特に1mg錠の処方時には1度止まって確認する意識付けを行った。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム酸エチ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。

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.	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	
55	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはロフラゼブ錠 1mg 2錠/分1就寝前28日分と記載されていた。薬剤師Aは間違えてロラゼパム0.5mgで調剤して渡してしまった。患者は服用時に薬が変わったことに違和感を覚えながらもロラゼパム錠0.5mgを2錠ずつ20日間服用されていた。20日が経過し、定期受診・薬局で薬を受け取り帰宅された後に、ご家族が処方変更の話聞いていないのに薬が変わっていることに疑問を抱き、薬局に電話。前回分の過誤が発覚。電話にて謝罪した。ご家族が患者本人の様子を日記に綴られており、幸いなことに大きな体調の変化はなかったものの、イライラすることが2、3回ありいつもより多かったとのことであった。	ロラゼパム錠0.5mgとロフラゼブ錠1mgは棚の位置が近く名称も似ている。日頃注意を払って取り扱っているが、年始で店内が混んでいたために焦りがあり、監査が不十分であった。	ロラゼパム錠0.5mg/1mgとロフラゼブ錠1mg/2mgの棚の位置を離す。どのような状況においても1剤1剤ボールペンで処方箋の薬剤名、規格、メーカー、剤形、日数にチェックを入れて確認する。薬局内での発生事例の共有・注意喚起を行い再発防止に努める。	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」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
56	思い込みで、ロフラゼブのところ、ロラゼパムで調剤してしまった。	類似薬品名で注意の要する医薬品。以前にも他店で過誤報告のある薬	棚を仕切り、場所を大きく分けた。	ロフラゼブ2mg	ロラゼパム0.5mg	確認を急った	技術・手技が未熟だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
57	一般名での処方で、ロラゼパム錠1mgが処方されていたが、ロフラゼブ散エチルと思い込み、ロフラゼブ散エチル1mgで調剤した。患者様に投薬代でお渡しする前の最終確認で薬情の写真と刻印で確認したところ薬剤の違いに気づいた。○薬剤間違い	夕方、数人連続で来局され、少し急いでおり、焦っていた。ロラゼパム錠は0.5mgがほとんどで、1mg錠はまず出なく、名前も似ており、1mgという規格はイコール、ロフラゼブ散エチルと勝手に思い込んでしまった。○注意力散漫	慌てず、焦らず常に冷静に対応するように。どんなにも急いでいても、声出し、1文字監査を怠らないように徹底する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。

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.	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	
58	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ロフラゼパム錠1mg(SN)2錠/分2朝・夕食後 30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からロフラゼパム錠1mg(SN)を調剤するところ、その下の薬棚にあったロラゼパム錠1mg(サワイ)を調剤したことに気が付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のロフラゼパム錠1mg(SN)ではなくロラゼパム錠1mg(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はロフラゼパム錠1mg(SN)を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した。当患者は強迫性障害があり、誤って交付していた場合、パニックとなり症状の増悪の可能性も考えられたため、事前に誤りに気づき事なきを得た。	ロフラゼパム錠1mg(SN)とロラゼパム錠1mg(サワイ)は薬棚の位置が上下で近く名称もPTPシートのデザインも似ていたために間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	ロフラゼパム錠1mg(SN)とロラゼパム錠1mg(サワイ)の薬棚の位置を離れた。また業務手順を見直し調剤者がピッキングした際、監査に回す前に薬の再確認、声だしを徹底することとした。名称類似薬の薬棚には注意喚起のシールを張り、取り違いがないよう対策した。	ロフラゼパム錠1mg(SN)	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 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品施設・設備		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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。
59	ロラゼパム半錠の処方に対して、ロラゼパム半錠を作成してしまった	処方箋を見ながらピッキングして半錠にしていたが、名前が似ており、間違えてピッキングしてしまった	ロラゼパムとロラゼパムの棚に「薬剤名に注意」の蓋を作り、ピッキング時に気付くようにした	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった		仕組み・ルールの不備	ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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。
60	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」を投薬するところをロラゼパム錠1mg「サワイ」を投薬し、自宅に帰った患者から違う薬であると連絡が入った。	〇処方せんの見間違い 技術の未熟により医薬名の間違いに気づかなかった。〇作業手順の不履行 煩雑時にダブルチェックをおこったため医薬品取り違いに気づかなかった。	類似医薬品を意識して調剤をする。繁忙期でもダブルチェックを怠らせずにする。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「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		教育・訓練ルールの不備	ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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。

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.	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	
61	ロフラゼブとロラゼパムの名称が似ているため薬剤の調剤ミスがおこった。鑑査でも見抜けずに投薬してしまった。投薬後、在庫の不一致でミスが発覚し、Krに連絡、服用前だったため事故には至らなかった。	薬剤名が似ている薬剤の取り違い、注意力散漫。	在庫引き出しの配置を変えて、先発品を意識するようにした。調剤・鑑査時の思い込みをなくすことを徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
62	ロフラゼブ錠1mgを処方のところ、ロラゼパム錠1mgと調剤の取り違い。鑑査システムで見出し、一般名名称が酷似していることを確認しきれていなかった。	一般名名称が酷似している製剤の調剤の間違いだった。	薬効分類、規格もほぼ同じ薬剤を、取り違えないように、段を分けることが望ましい。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	知識が不足していた			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。
63	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルは、棚の位置が近く名前も似ているため間違えた。	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルは、棚の位置が近く名前も似ているため間違えた。	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの配置を再確認した。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品施設・設備		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチ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。

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.	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			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	
64	てんかんの既往歴がない患者様で、マイスタン5mgの処方があり。マイスリーの入力間違いの疑いがあったため、医療機関に確認 マイスリーに変更	入力ミス	似た名前の薬剤を日ごろから注意をする	マイスリー錠5mg	記録などに不備があった連携ができていなかった				マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
65	テグレート錠半錠あまり分包紙に入れ保存していたがテオドール紙に記載しテオドールの棚に入っているのを形の違いから気がついた。	単純なミスで名称確認を怠った、名前が似ており思い込んだと思われる。	薬剤・PTP・薬品棚とひとつずつ確認をするよう心がける	テグレート錠200mg	確認を怠った		医薬品		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。

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	
66	患者が処方箋をもって来局した。普段服用の薬に追加されて「マイスタン錠5mg、1錠、分1就寝前、14日分」が処方されていた。てんかんの既往歴はなく、ストレスによる不眠に悩んでいるということであった。マイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgではないかと考え、疑義紹介をした。マイスリー錠5mgに変更になった。	処方入力システムで3文字入力をしたため、マイスタン錠5mgがリストに上がってきたと思われる。名前が類似し、同一の規格であったため医師が気が付かなかったと思われる。	類似する名前が存在する医薬品についてより注意して鑑査が必要であり、また何故その薬がでたのか考え、聞き取ることが必要がある。類似名が存在する医薬品やヒヤリハット事例のある医薬品について日々情報共有し、頭に入れておく必要がある。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他	コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
67	マイスタン錠5mg 1錠 1日1回就寝前 28日分で処方を受付。お薬手帳を確認したが、他のてんかん薬を服用がないことを確認。また、患者に確認したところ、「寝つきを良くする薬を処方してもらった」と返答あり。患者の話と処方内容が一致しないため、処方医に疑義照会を行ったところマイスリー錠5mg 1錠 1日1回就寝前 28日分が正しい処方内容であり、誤入力だったことが判明		入力が違いが報告されている類似名称の薬剤を店舗内で共有する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
68	不眠症にマイスタン5mgの処方があり、疑義照会したところマイスリー5mgも間違いであったため薬剤変更になった。	マイスタン5mgとマイスリー5mgの名称が類似している。	マイスタンとマイスリーの一般名処方 の推奨	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
69	処方箋にはマイスタン錠10mgが記載されていたが、薬歴よりゾルピデム錠10mgが過去に処方されていたことと適応となるてんかんの持病もないことから疑義照会したところ、マイスタン錠10mgではなくマイスリー錠10mgに変更となった。	医療機関側のカルテ等入力時に、類似した商品名の医薬品を選択したためと考えられる。薬歴の確認等で疑義照会し、事故には至らなかった。	監査・投薬時に薬歴の確認をしっかりと行い、患者様から得た必要な情報は必ず薬歴に残す。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。

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	
70	マイスタン錠5mgと処方された患者が来られたが、当該患者にはてんかんの既往歴はなく、本人に確認したところマイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgの間違いと気づく。その後、処方医に疑義照会し販売名類似の為、処方を出し間違えた事が判明。当該患者には正しくマイスリー錠5mgを投薬できた。	処方医による販売名類似による、処方箋の記載ミス	今回、定期的に来られている患者なので、既往歴も把握できた。今後も、処方箋の確認、服薬指導の際の聞き取りの大事さを、再確認した。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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	マイスリー錠5mgのところマイスタン錠5mgで処方される。	処方時頭3文字で検索をかけて、決定してしまった。類似名称、規格のため。	Drにこの事例を伝えて、今後意識して処方してもらえることになった。患者とよく話せば、マイスリーとの間違いではないかと気が付ける。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
72	前回ゾルピデルム10mg処方、今回患者さんがお薬が変わったと入って来られ処方箋を確認するとマイスタン5mgになっていた、ゾルピデルム5mgではないかと思い病院に疑義照会後ゾルピデルム5mg錠に変更となった。病院でレセコン入力時選択画面でマイスリー5mgをマイスタン5mgに選択間違いと思われる。	マイスリー5mgとマイスタン5mgはレセコン入力時隣合わせになる可能性が高いために発生した事例	名前が似ているお薬の一覧を病院にもお渡しする。マイスタン5mgは抗てんかん薬で使われる場合、基本的に他の抗てんかん薬と併用となる点の確認。抗てんかん薬が処方される時は特に、薬歴をしっかりと確認して、てんかん既往歴の確認を徹底	マイスタン錠5mg	ゾルピデルム5mg錠タカタ	連携ができていなかった	知識が不足していた		教育・訓練 その他	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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	マイスタン錠5mgが処方されていたが、患者からの情報と過去の薬歴からマイスリー錠の間違いかと思われる疑義照会。マイスリー錠5mgに変更となり、後発品で調剤。	パソコンでの薬剤の選択ミス。単純なミス	似た名称の選択の際は慎重にして入力後に確認	マイスタン錠5mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
74	患者様が処方箋をもって来局。マイスタン錠5mgが処方されていた。監査時に以前の薬歴を確認したところ、マイスリー錠5mgを継続服用されていた。マイスタンとマイスリーの処方間違いではないかと判断し、医師に疑義紹介。マイスリー錠5mgの処方に変更となった。	・頭3文字が同じのためDr.の処方間違いが発生したと思われる。	・名称類似している薬剤は多々あるため、診療科や過去の薬歴から患者様の症状に合っているものが処方されているかどうかしっかり確認していく必要がある。・類似した薬剤を在庫しているときは付箋などを用いて注意を促す。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。

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	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容				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
		背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品		ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
75	患者聴取り今までレンドルミンを服用していたがあまり寝られなくて、他の睡眠導入剤へ変わるような話があった。マイスタンが処方されており、マイスリーの可能性が高いと判断し疑義照会。結果、マイスリーへ薬剤変更。	マイスタン錠5mgとマイスリー錠5mgと薬品名の酷似、規格も同様の数字から処方箋記載ミスが生じた可能性が高い。	患者さまからの聴取をすることで、主訴と適正薬剤が処方されているか、判断出来る事例でもあったため、傾聴を怠らず服薬指導につなげていく必要がある。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg				その他	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
76	不眠時頓服マイスタン5mgの処方、マイスタンの適応や、頭文字3文字が似ていること等考慮し、疑義照会マイスリー5mgへ変更となる。	マスタ3文字検索の為だと思われる。○単純なミス	マスタの問題なので病院側の仕事だが、処方薬の確認やポップアップ(てんかんの薬です等)を導入するなど	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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	以前、エクセラゼ配合カプセルがでていた患者さんにエクセグラン錠100mgが処方されており、患者さんとのヒアリングによりてんかん様症状がないことを確認。エクセラゼ配合カプセルとエクセグラン錠100mgの名前が似ているため処方ミスを疑い疑義照会。エクセラゼ配合カプセルと間違えてエクセグラン錠100mgを処方してしまったと医師から回答を得た。エクセグラン錠100mgはエクセラゼ配合カプセルに変更となった。	過去の薬歴やお薬手帳を確認したことや、しっかり患者に症状をヒアリングしたことにより以前処方されていたエクセラゼ配合カプセルと名前の類似しているエクセグラン錠を間違えた可能性を疑い、疑義照会を行うことで防ぐことが出来た。	薬歴やお薬手帳を調剤前にしっかり確認し、患者さんにしっかりと症状などをヒアリングすることが重要。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合カプセル				その他	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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	当薬局を長年かかりつけにしている患者。エクセラゼ配合カプセル継続であったが、エクセグラン錠100mgが処方されていた。エクセラゼ配合錠に変更となる。	エクセラゼ配合カプセルの販売中止に伴い、処方医がエクセラゼ配合錠に薬品変更を行った際に誤って選択したと考えられる。	類似薬品名には、調剤の際にも注意が必要。かかりつけ薬局であったからこそ、気づきやすかったかもしれない。かかりつけ薬局の意義と責任を感じた事例であった。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品	その他	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。

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	
79	医師が処方をするときに、エクセラゼを処方するところをエクセグランを処方した。患者に確認をすると消化が良くないと相談したと言ったため、病院へ疑義紹介をしたところエクセラゼに変更になった。	3文字検索をしても両方該当するため間違ったと思われる。	名前が似ている薬は注意する。どのような症状で受診したかをきちんと患者にヒアリングを行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		その他			エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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	エクセグラン散が処方されてきたが、前回までずっとエクセラゼ顆粒を飲んでた。そのため患者本人に確認すると、「変更については全く聞いておらず、また脳波検査やてんかんについての説明は一切なかった、医者のミスではないか」と言われた。そのため疑義照会をすると、エクセラゼ錠に変更になった。	エクセラゼ顆粒の経過措置によって、ここ数ヶ月の間に採用がエクセラゼ錠へ変更になっている。それを忘れて無理やり「粉」をオーダーしたために、名前の似たエクセグラン散を選んでしまったのではないかとと思われる	今までの処方内容と明らかに効能が違う薬が処方された場合は処方内容を鵜呑みにせずに、患者本人に変更について医師から説明があったか、体調変化の有無などを確認した上で調剤をする	エクセグラン散20%	エクセラゼ配合錠		その他			エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
81	処方内容：S・M配合散、ジオフェルミン配合散、ガスコン錠、エクセグラン錠、タンナルビン全体的に消化器系の薬であるのに対してエクセグランは抗てんかん薬であり、処方内容が浮いている。	処方時における3文字入力で頭3文字が同じであるため、名称の類似性から間違えてしまったと考えられる。	間違えやすい薬を対にしてまとめ、処方時に処方オーダーリングシステムとしてより危険性のある方の薬剤を選択した際に、警告等のポップアップを出してもらうようにする。ex)今回の場合では、エクセグラン選択時に「抗てんかん薬ですがよろしいですか？」等のポップアップの提示をしてもらう	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			コンピュータシステム 医薬品		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
82	これまでてんかんの既往歴のない患者に突如一般名ゾニサミド錠と一般名レバミピド錠が処方された。念のために患者にけいれん等の有無を確認するもそのような症状はないとのことで、類似商品名の薬剤の選択ミスが考えられるので疑義照会を行いエクセラゼ配合錠に処方訂正された。	エクセラゼ配合錠を選択したかったが、医師が誤って一般名ゾニサミド錠の商品名エクセグラン錠を選択したものとと思われる。	同様のミスは保険薬局内でも起こり得るので、薬剤を呼び出す際には4文字目までを打ち込むなどの注意が望ましい。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			コンピュータシステム その他		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
83	患者から鼻炎の訴えあり。オノンカプセル、アテロック錠、ナゾネックス点鼻液の臨時処方。アテロック錠に疑問を感じ疑義照会したところアレロック錠に変更となった。	薬剤名の類似が原因と考えられる。	引き続き、患者の話を丁寧に聞く。	アテロック錠10	アレロック錠5		その他			アテロックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。

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	
84	アテレック(20)が処方されていたが、これまでの薬歴や患者の年齢等から不自然に思い、患者本人に確認したところ、血圧が高くなったような事はないとのことで、医院に疑義照会を行ったところ、アレロック(5)に変更になった。	アテレックとアレロックの名称が似ている事で、処方入力を誤ったと思われる。	今後も薬歴や患者背景をしっかり把握し、不自然と思われることは患者本人や医院に積極的に確認していく。	アテレック錠20	アレロック錠5				その他	アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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	医師が先発医薬品名を入力すると一般名処方プリントされる様式の電子カルテ。医師はアテレックを選択しシルニジピンと印字されたと考えていたが、実際はアレロックを選択しオロパタジンが処方されていた。両方とも5mgであった。患者との会話で誤入力が疑われた為、疑義照会して正しい薬物を交付した。先発医薬品の名称が似ている事が一般名処方でのような誤りになる事を初めて体験した。	患者と薬物療法について確認する事は基本だが大切である。作業手順の不履行	一般名処方でのこのような誤りがある事を知る。	アレロック5mg	アテレック5mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	仕組み	アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。
86	【般】オロパタジン塩酸塩錠5mg 2T/MAを定期的に服用している患者に【般】シルニジピン錠5mg 2T/MAが処方されていた。	先発品名がアレロック錠とアテレック錠で類似しており、通常1日1回で処方されるアテレック錠が1日2回で処方されていたため疑義、【般】オロパタジン錠5mg 2T/MAに処方変更となった。		アテレック錠5	アレロック錠5		その他			アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。

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	公財)日本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	
87	アテレック錠5mg 2錠 朝夕食後14日分 → アレロック錠5mg に変更になった。	【背景】アテレックは降圧剤で通常1日1回の服用である。薬局の初回アンケートに花粉症とあったので、名前の似ているアレロックの間違いではないかと考え、患者に確認したところ、高血圧の既往はなく医師からも降圧剤の説明はなかったことを確認し、疑義照会に至った。 【要因】名称が似ているため、処方医の勘違いや処方箋の入力ミスが原因と推測される。また診察時にアレロックを服用したことがあると患者本人が医師に伝えていたことから、入力時誤りの可能性が高い。	今回は新患だったこともありアンケートから受診理由を事前に確認できたが、年齢や患者からの確認ができない場合そのまま投薬までスルーしてしまう可能性がある。医療機関の処方箋入力ミスも注意が必要だが、薬局として添付文書の用法用量に逸脱がないかの基本的な確認と、患者からできる限りの情報収集を行い処方意図に誤りがないか常に疑い監査する姿勢が必要と考える。	アテレック錠5	アレロック錠5		その他			アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。
88	処方変更アスペノンカプセル(20)→アスベリン錠(20)に疑義紹介にて変更	投薬時の症状聴取から不整脈はないことと薬品名の類似よりもしかしたらということで疑義紹介した結果、上記内容に変更となった患者様にお薬が渡る前にストップできた症例	引き続き、症状など患者情報の収集の徹底、処方鑑査時に常に疑いの目で鑑査をする	アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		知識が不足していた			アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
89	風邪薬の処方の中にアスペノンの処方があった。処方ミスの疑いを持ち、疑義照会をした結果、処方箋発行元の入力ミスであることが判明。正しい薬(アスベリン)に変更となった。	似たような名前の薬がたくさんあるので、病名をよく考えて正しく判断する。		アスペノンカプセル20	アスベリン錠20				その他	アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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	カルボシステイン錠、オロパタジン錠と一緒にアスペノンカプセルが処方。他の処方内容から、また5歳という年齢からもアスペノンカプセルの処方は疑問でアスベリンと似た名称である事から照会し、後変更となった。	病院側の処方箋入力時、薬剤名の最初の2文字が同じ為、選択ミスをした事が考えられる。		アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		その他			アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。

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	
91	総合診療科の面処方を持って患者が来局。アスペノンカプセル(20)、トランサミン錠(500)、ビーエイ配合錠、シングレアOD錠(10)が処方。入力時に医療事務員がアスペノンカプセルがこの病院で処方される頻度は高くなく、他の処方薬も一緒に処方されるものではないのではと違和感を感じ、薬剤師に相談したところアスペリン錠ではないかと疑いが生じた。患者にも症状をうかがったところ咳、喉の痛みの訴えのみで抗不整脈の必要性はないと考えられた為、患者了承のもと疑義照会を行った。疑義照会后、アスペノンカプセルはアスペリン錠(20)に変更となった。	処方医の処方内容の確認不足、作業手順の不履行。医薬品名の類似という単純なミス。	処方内容の発行前鑑査の徹底。処方入力に3文字以上の入力が必要となるシステム設定。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20	確認を怠った記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム医薬品	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
92	2018年12月1日、アスペリン錠20mg、カルボシステイン錠500mg「トーフ」、プロムヘキシジン錠4mg「サワイ」毎食後1回各1錠ずつ10日分の処方あり。同月13日アスペノンカプセル20mg、プロムヘキシジン錠4mg「サワイ」と処方変更されており、処方医へ疑義照会を行ったところアスペノンカプセル20mgよりアスペリン錠20mgへ変更となった。	アスペリンと入力すべきところを、処方医が誤ってアスペノンと入力したと考えられる。	処方元の医療機関へ情報提供を行い、薬局内でも情報共有する。他の類似名称医薬品についても再確認を行う。投薬時は、過去の薬歴を参照し、また患者との対話で、処方に不自然な点がないか確認をする。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20		その他	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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	小児の風邪処方中にアスペノンカプセルが処方されており、他の薬は風邪の薬であったことから疑問が生じた。また、以前ほぼ同じ処方内容の時にはアスペリン散であったこともあり入力間違いだと推測し疑義照会を行ったところ、アスペリン散で処方したかったことが確認された。	要因 ○単純なミス 入力ミス 似た商品名の為間違えたと推測されます。3文字以上で入力や(商品名、剤型、規格)の確認ミス	4文字以上で入力したり、入力後に見直しを行うようにする。	アスペノンカプセル10	アスペリン散10%		その他 施設・設備	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
94	風邪で受診された患者さんにテグレート錠100mgが処方され、患者さんの問診でもテグレート錠が適応となるような疾患がなかったため疑義照会をするとテオドール錠100mgの間違いであった	名前と用量が似ているため入力を間違えたと考えられる	投薬時に患者さんからしっかりと確認する必要がある	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		コンピュータシステム	テオドールとテグレート錠の販売名類似については、誤処方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。

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	公財)日本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	
95	咳嗽および喀痰を主訴にした患者が薬局。一般名処方にてカルバマゼピン錠100mgが処方されていた。しかしながら、主訴およびそこから推定される疾患と薬剤の整合性がとれないことから疑義照会を行った。その結果、テオフィリン徐放錠100mgを処方する意図であったことが明らかになり、変更の上調剤を行った。	処方医はテオフィリンの先発品名である「テオドール」と入力する意図であった。その際、名称の類似した「テグレートール」を誤入力した。処方元医療機関のレセコンに、自動で処方を該当する一般名に変換する機能が備わっていたため、患者に交付された処方せんにはカルバマゼピン錠100mgが記載された。以上が推定される経緯である。また、カルバマゼピン錠とテオフィリン錠に、同じ100mgという規格が存在したことも、要因の一つと推定される。	患者からの主訴等の聴取を慎重に行う。また、他の処方との整合性を評価する。本件では、他にプロカテロール錠、クラリスロマイシン錠などが処方されており、過誤の推定に役立った。	テグレートール錠100mg	テオドール錠100mg				その他	テオドールとテグレートールの販売名類似については、誤処方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	以前より前立腺肥大症を治療中の患者。今回から処方箋にユリノーム錠25mgの記載があり、高尿酸血症による追加かと患者に確認したが、特にそのようなことはないとのこと。疑義照会したところ、ユリーフ錠4mgに変更になった。	名称類似品であるため、医療機関での入力時に誤ったものと思われる。	今後も入力訂正せず次回以降ユリノーム錠25mgで処方される可能性防止のため、医療機関に訂正してもらうよう依頼する。	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg		その他	その他	その他	ユリノームとユリーフの販売名類似については、誤処方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。
97	医院より「ユリノームの規格は4mgで良かったか？」との問い合わせがあり、「ユリノームは25mgか50mgのみ」と回答。その後ユリノームの処方ではなく、ユリーフの間違いであると判明。処方箋発行自体はまだであったが、名称類似による処方間違いを未然に防ぐことができた。	処方入力者の知識不足・確認不足が起こしかけた事例であると考えられる。今回問い合わせに対応したものが上記の内容の薬識を持っていないければ話がかみ合わず患者様へユリノームが交付されていた可能性がある。	問い合わせに対して十分な知識がなく、自信がない場合は一旦調べて折り返し連絡をするなどの十分な確認作業を行う。	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg	連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ユリノームとユリーフの販売名類似については、誤処方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	ノルバスク錠10mgを朝食後1錠服用中だったが、当日の処方ではノルバデックス錠10mg朝食後1錠の処方だった。	ノルバスクとノルバデックスの名称が似ている。最初の3文字が同じであるため病院のレセコンでも間違えに気が付かないことが多い。	当該医薬品どちらかの名称変更レセコンで「類似医薬品名称あり」等のアラートが出るようにする薬局内で名称が類似している医薬品の周知徹底	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg			コンピュータシステム 医薬品		ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、誤処方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。

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	
99	以前よりアムロジピンの5mgを継続服用中であった1/11処方分では定時のアムロジピンの5mgがタモキシフェン錠10mgと処方されていた患者に確認したところ今日は血圧が高かったとの事で、アムロジピンの増量と疑われた為疑義。医師に確認したところ、レセコン上でノルバスク10mgを選んだつもりが、ノルバデックス10mgになった。レセコンで一般名に自動変換の為、タモキシフェン錠と院外処方されていた	先発品名の名称類似レセコンによる一般名への自動変換	処方箋発行後の内容確認	ノルバデックス錠10mg	アムロジピン錠10mg「NP」				その他	ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、誤処方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。
100	外科からノルバデックス錠10mgが男性患者に処方されていた。当薬局で前回薬をお渡ししており、ノルバスクOD錠5mgが処方されていた記録があった。病院に疑義照会したところ、ノルバスクOD錠5mgを2錠服用と返答があった。増量時の処方間違いと確認。	名前の似ている薬品の処方間違いの事例。前回からの記録と照らし合わせることで、疑義照会もれの可能性を減らすことができる。	男性に対して、ノルバデックスが処方されている違和感から、記録を確認し疑義照会に至った。これが女性や、新規の患者であっても、薬を渡す際に詳しく話を聞くことで疑義照会もれを防ぐことにつながる。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスクOD錠5mg	確認を怠った				ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、誤処方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	今回より「一般名タモキシフェン錠10mg1錠」が処方されていたが、患者さんの話を聞くときと血圧の薬を変更するという説明を医師から聞かれているとのことであった。ホルモン剤の処方については説明を聞かれていなかったため疑義照会にて確認をしたところ「一般名アムロジピン口腔内崩壊錠10mg1錠」に処方変更となった。	処方発行時に薬の薬品選択を誤ったと思われる。ノルバスクとノルバデックス錠の類似薬品名については以前より注意をしていたため今回、交付前に気付くことができた。	類似薬品名がある薬品については継続的に注意喚起するとともに、患者さんからの聞き取りは十分にしていなければならない。	タモキシフェン錠10mg「MYL」	アムロジピンOD錠10mg「日医工」				その他	ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、誤処方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	セロクラール処方のところ誤ってセロクエルが処方された。投薬時に患者から「脳血栓を予防する薬を出す」とDr.から聞いた」と伺い処方薬剤が違うのでは？類似名のセロクラールでは？と疑い疑義照会したところ、本来の処方薬はセロクラールであった。	電子カルテ入力時に薬剤名の初めの3文字が同じため誤った薬剤名を選択したと思われる。	投薬時には自覚症状・Dr.との会話等を伺い、患者からの聞き取り内容と処方薬にずれがないかをしっかりと確認する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		その他	医薬品		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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。

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		
103	処方箋記載には「一般名クエチアピンフマル酸塩錠25mg 2錠分2朝夕食後」今まで他医療機関の処方では「イフェンプロジル酒石酸塩錠20mgあすか 2錠分2朝夕食後」で服用中。その他は変更なく、処方変更の説明は医師から受けていないと患者の話。クエチアピンが必要な精神状態でもなかったため、処方薬の誤りを疑い、疑義照会を行い、入力ミスと判明し正しい処方に訂正された。	先発品名称が、「セロクエル」「セロクラール」と類似している。紹介先の医師の思い込みから誤入力に気づかない。病院システムの仕様で先発品入力が、自動で一般名処方に変換される為、病院でのチェックが機能していないようだった。	不審な処方変更については、必ず交付する前に処方医に疑義照会を徹底する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		その他			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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	認知症患者に対して一般名クエチアピン25mg処方すべく、一般名イフェンプロジル酒石酸塩20mgが処方されていた。明らかに対象患者背景と異なる処方のため、疑義照会を行い変更となった。イフェンプロジル酒石酸塩20mgが間違った処方ということは状況、背景から直ぐに推測でき疑義照会に至ったが、本来処方されるべき医薬品に変更されるまで時間を要した。	<推測>処方発行元のカルテ(手書)には先発名のセロクエル25mgで記載されていた。事務職が処方箋転記の際セロクエルと似た名称であるセロクラールと間違え、さらに一般名記載としたため今回の事象に至ったと考えられる。	<改善策>電子カルテ導入により、医師直接入力のオーダリングもしくは、専門知識をもった者が処方発行業務に携わることが必要と考える。	セロクラール錠20mg	セロクエル25mg錠		知識が不足していた			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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	もやもや病で受診し、クエチアピン錠が処方された。患者は以前別の病院でセロクラール錠を脳血流改善目的で処方されていたが、病院の採用がなく、似たような薬を出すか聞いていた。セロクエル錠のジェネリックで処方された可能性があり疑義照会したところ、脳血流改善のサアミオン錠に変更となった。	セロクラール錠とセロクエル錠の先発名が類似していた。セロクラール錠の病院の採用がなかった。薬剤名を誤って入力された可能性があった。患者はお薬手帳を持参していなかった。	お薬手帳の持参類似薬と誤りがなければ服薬指導時に確認する	クエチアピン錠25mg「明治」	サアミオン錠5mg		その他	コンピュータシステム医薬品		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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。	
106	ザイティガ250mg 1錠 30日分、ユリーフOD錠4mg 2錠 30日分が処方された。ザイティガの1日用量が少なすぎる、およびブレドニンが併用されていないことに疑問を感じ、患者にも聞き取りしたところ、抗がん剤治療はしたことがないとのこと。疑義照会したところ、医師がザルティア2.5mgと間違えて処方していたことが判明した。	医師がザルティア2.5mgを処方すべく、ザイティガ250mgを誤って処方していた。名称が似ており、規格も2.5mgと250mgで似ていることから、医師が薬剤名の選択を誤ったと思われる。	薬剤師が、用量および併用すべき薬剤を把握(今回の場合は、ザイティガとブレドニンとの併用)し、疑問があれば医師に疑義照会して確認することが予防策と考える。また、誤った処方例を共有することも重要と考える。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠2.5mg				医薬品		ザイティガとザルティアの販売名類似については、誤処方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。

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		
107	ザイティガ錠250mg 2錠 1日2回朝夕食後で処方あり。用法用量が添付文書と違った為、問い合わせ。4錠分1朝食後2時間へと変更となった。効果不足となるリスクがあった	ザルティアと名称が似ているため、用法・用量に誤りがあったと考えられる。	名称が似ている薬は規格まできちんと確認する。今後もお薬手帳・用法用量を頭に入れ、疑問があればきちんと調べる事が重要である。	ザイティガ錠250mg			その他				ザイティガとザルティアの販売名類似については、誤処方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	お薬手帳により、退院処方で一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたと確認した患者様に、他院より退院処方を受けて、硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方。問い合わせし、一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	薬品名が類似しており、間違いやすい事例である。	薬品名が類似しているため、複数人の確認が必要	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		医薬品			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。
109	前回アイトロール錠20mgから一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」へ後発品に変更した患者様の今回の処方箋記載が【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgになっていた。【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgの先発品はフランドル錠になり、成分が変わるため疑義照会し、前回同様の一硝酸イソソルビド錠20mgへ変更となる。	一硝酸イソソルビド錠20mg、硝酸イソソルビド徐放錠20mgの名称が類似していることが原因。前回の後発品変更で事後報告をして、病院の医事課の人が誤って【般】一硝酸イソソルビド錠20mgに変更するところを【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgへ変更してしまった。	アイトロールの事後報告書は、一(いち)硝酸イソソルビドと書くなど、病院の医事課が一般名変更を間違えないように注意喚起する。	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」	連携ができていなかった	知識が不足していた		仕組み		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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	A病院と当薬局をかかりつけにしている患者が、心臓に違和感があった為かかりつけ医の紹介でB広域病院受診。B広域病院より「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠分2朝夕食後で追加された。その後経過良好なのでB広域病院よりA病院に紹介状あり。当該薬剤もA病院でフォローすることに。 A病院より定期薬に加えて「一般名」硝酸イソソルビド徐放錠20mg 2錠分2朝夕食後で処方があった為、疑義照会。その結果「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠分2朝夕食後に処方変更あり。	紹介状記載内容の見落とし。名称類似薬品なので特に注意する。	本件該当なし。	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			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。

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	
111	アイトロール錠20mg 1日4錠分2で処方されている患者に、硝酸イソソルビドテープが処方された。医師に同じ、イソソルビド製剤であることを疑義紹介する。アイトロールも1日4錠で十分量処方されているので、無効の場合は他剤変更を提案した。結局、テープ剤は処方中止となる。	内服と外用剤の有効成分が類似、あるいは同一のものと医師が気付かず処方することがある。内服薬で効果が不十分で一日使用量の上限量が処方されている場合は注意が必要。	同類薬が内服、外用で処方されているときは注意が必要	硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」					その他	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。
112	大病院退院後、門前クリニックへ紹介され受診退院時の処方内容をお薬手帳で確認したが、内容が異なり疑義照会を行った。一般名処方オーダーリングミスと思われる。硝酸イソソルビド徐放錠→一硝酸イソソルビド錠20mgへ変更となった。	大病院から転院後初めての処方一般名が似ている為、間違えたと思われる大病院からの紹介状記載内容が間違っていた可能性もあるお薬手帳持参されたため薬局で間違いに気がつき事なきを得た事例。	転院後の処方内容はいつも以上に疑ってかかる。お薬手帳や紹介状など入手出来る情報を使い間違えがないかを確認する。	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」		知識が不足していた	コンピュータシステム	仕組み	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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	施設入所の患者さま。後発医薬品で名称が似ているが主成分が異なる医薬品が処方箋に印字されていた。薬歴より考察し入力ミスではないかと判断し問い合わせ。その結果、処方変更となった	訪問診療の医療機関の変更があった。医師同志の処方内容の引継ぎあり。ジェネリック医薬品で名称が似ていたためコンピュータの入力ミスがあったと思われる	名称が似ている薬品名は一文字一文字チェックする。また医療機関が変更になる場合は薬歴、アレルギー歴、副作用などを再チェックする。一般名やジェネリックになると名称が似ているものがあるので職員全員で情報を共有しミスを未然に防ぐ	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」		知識が不足していた	コンピュータシステム		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。
114	一般名 硝酸イソソルビド徐放錠20mg の記載だったが、患者お薬手帳の退院処方は一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が処方されていた。投薬前に疑義照会を行った。	一般名が類似している為病院が入力をお薬手帳の持参がなければ気づくのが遅れていた可能性がある。	定期的に取り違えの多い薬品について職員に研修 他病院からの引き継ぎ処方については手帳その他で確認をしっかりとる	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」	記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。

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	公財)日本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	
115	病院から退院後、在宅医療に移行した患者がいた。訪問ステーションに連絡を取り退院時の処方内容を取り寄せ、在宅医療の処方と照らし合わせところ異なる一般処方がされていたため疑義照会をして変更となった。	似ている名前だったため、病院側の処方入力時の薬剤選択ミスと思われる。	退院したあとの継続処方の場合、情報の連携とダブルチェックを行えるように薬局でも必要な情報は集めて確認をしていく。	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」		その他			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。
116	患者が病院を退院して在宅医療(診療所)に変更になる際に、紹介状に記載されている薬品名が「硝酸イソソルビド錠20mg」であった。そのため診療所からフランドル錠20mgが処方された。薬剤師は事前にケアマネージャーからアイトロール錠20mgを服用しているとの情報ももらっていたため、診療所に疑義照会。病院医師の紹介状の記載誤りと判明した。	酷似した成分名の薬品があるため。	酷似した成分名のものには特に注意すること。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg	確認を怠った記録などに不備があった	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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	【一般名】硝酸イソソルビド徐放錠20mgを今回処方した。しかし、退院後の初処方で、病院も変わったため紹介状に記載された一般名処方の医薬品を担当医の確認が不十分であったため、似ている薬剤が処方してしまった。本来は【一般名】一硝酸イソソルビド錠20mgを処方する予定であった。			フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg		その他			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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	一般名：一硝酸イソソルビド錠20mg 1錠分1夕食後の処方あり。お薬手帳より、他病院でイソコロナールカプセル20mgを継続中だったことを確認。その点と用法の観点から一般名：硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgの誤りではないかと考え照会。変更となる。	該当の医療機関は医師がカルテを手書きし、事務員が処方箋を打ち込む為、類似する一般名に気付かなかったと想定される		アイトロール錠20mg	イソコロナールRカプセル20mg			その他		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、誤処方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。

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	
119	一般名処方でアロプリノール100mgの処方有り、新規患者様でお薬手帳にアロチノロール内服を確認。尿酸値も異常なく医師に疑義照会してアロチノロールに変更となる。	薬剤成分名の類似による処方間違い、必ずお薬手帳を確認して患者様に話をすることで防げる事案	引き続き処方箋とお薬手帳の確認を行い、必要な薬であることを患者様に確認を続ける	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」		その他			アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、誤処方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	名前の類似薬の処方の書き間違い	患者の疾患と体調変化の把握をしっかりと行う		アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「トローワ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	仕組み	アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、誤処方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	一般名でロラゼパム1mgで処方されていたがいつも飲んでいるロフラゼパム酸1mgが欲しかった薬を見て違うと言われて気づきました	前回は手書き処方せんでロフラゼパム1mgとなっていた。今回はHPの入力ミスではないかと思われる。前回と薬の名前が似ていて確認を怠った処方箋の見間違い	いつもの薬と思って前回薬歴をよく見なかったことと処方箋の見間違いも重なってしまった。入力事務員、薬剤師ともしっかりと確認して入力調剤すること	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、誤処方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。
122	他院からの転院で、初回受診。患者様は、引継ぎ処方といわれたが、お薬手帳による内容と、処方箋の内容が、異なっていた。お薬手帳で、服用中の薬は、一般名で、ロフラゼパム酸エチル錠1mgなの、処方箋は、ロラゼパム錠1mgとなっていた。	服用中の処方、ロフラゼパム酸エチル1mgとロラゼパム錠0.5mgだったが、持ってこられた処方箋は、ロラゼパム錠1mgとロラゼパム錠0.5mgだった。クリニックで、似ている名前のため、間違えたと思われる。お薬手帳を、持っておられたので、投薬前に、確認して、疑義照会し、変更できた。	お薬手帳は、必ず確認	ロラゼパム錠1mg	ロフラゼパム酸エチル錠1mg			医薬品		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、誤処方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。