

**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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	テオドール処方をテグレート調剤、体調悪化で入院。病院に持参して発覚	2度目の来局、退院後の薬、処方薬が多く、一包化した。病院の待ち時間が長く、退院後もあって体調よくないため、急いでほしい。ご家族のプレッシャーがすごく。焦ってしまった。	棚の管理の見直し、時間が掛かるものは掛かることをしっかり伝え、待てないならお断りすることも考える。	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。
2	テオドール錠100mg 2錠、朝夕食後のところ、テグレート錠100mg 2錠、朝夕食後で21日分の調剤し投薬いたしました。患者様が入院された際、7日分の薬を持参され、病院内薬剤部でご確認いただいたところ、過誤が判明しご連絡頂きました。お薬カレンダーで管理しており残薬があった為、8/22(日) 朝食後、8/23(月) 朝夕食後の3回誤ったテグレート錠100mgを服用されました。	錠剤をピッキングした担当者、ヒート監査し分包した担当者、分包後の監査担当者の3名が関わっていましたが、全員が誤りに気がつかずに投薬まで終了してしまいました。	ピッキングした錠剤の監査が不十分であったのが一番の原因ですが、3名の薬剤師が手順通りに調剤したにもかかわらず過誤になった事は、現在の調剤ルールでは今後も起こりうることを考え、ルールの改定を行います。(一包化作成の手順) 1.手巻きヒートのピッキング2.手巻きヒートの監査3.一包化の作成4.一包化の監査(変更したルール)・現在は2.3を兼ねる事を認めている。今回も2.3を同じ薬剤師が行っている。→今後は作成前に作成者とは別の薬剤師2名でヒートの監査をする。	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。
	<p>・現在は手巻きしたヒートの一部を貼りつけている。今回監査用に付けたヒートが小さかったことも見落としの原因となったと思われる。→今後はヒートを切らずにそのまま1枚監査用につける。(付け加えたルール) ・一包化の予製袋の中に写真付きのお薬情報を入れる。・カレンダーセットにはすべて日付を入れる。・カレンダーの曜日は服用開始日を一番上にする。→患者様がご高齢の方が多いため上から順番の方がわかりやすい。薬剤師のカレンダーセットの間違いを防止する。今後このようなことが無い様、スタッフ全員が細心の注意を払い、過誤を起こさないように致します。</p>						

**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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
3	継続的に服用しているテオドールを飲もうとしたら、テグレートールが薬袋に入っていたと、患者本人から電話があり、発覚した。薬の画像を送ってもらい確認をし、交付した薬剤師が自宅に交換に伺った。	年始の繁忙期、通常の手順通りのダブルチェックが十分にできなかった。監査者が、テオドールについては監査できず、交付者一人の判断で投薬してしまった。	手順を遵守し、必ずダブルチェックをする。名称類似の薬品には注意喚起のシールを貼る。	テオドール錠200mg	テグレートール錠200mg		テオドールとテグレート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。
4	グループホーム入所患者イクセロンパッチ18mgを調剤交付するところ、誤ってニュープロパッチ18mgを調剤、交付してしまった。	貼付剤を同一の陳列棚に保管しており、箱の外観が似ていたため、取り間違えたものと思われる。また、繁忙時間帯であったため、監査もおろそかになったものと思われる	陳列棚にそれぞれの薬効を目立つように記載し取り間違いを防ぐとともに、スタッフ間で本事例の情報共有を行った。	イクセロンパッチ18mg	ニュープロパッチ18mg		ニュープロパッチとイクセロンパッチの外観類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は製品外箱のデザインを変更したところである。
5	眠れないと来局。マイスタンが処方。患者に確認したところ、てんかんの既往歴なし。疑義照会を行ったところ、マイスリーの入力間違いであった。	新規薬が出たら特に注意。患者既往歴の確認。	特になし。病院のミス。	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。

**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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
6	新規の患者さんと話を聞くと睡眠導入剤を処方されたようだったが、処方はいすたん錠5mgだった。	マイスリーとマイスたんが名称が似ている点と患者さんからの聞き取りで医師の薬品名の入力ミスを確認した。医師からはマイスリーと入力するつもりだったと回答があり処方変更となった。	疑問を抱いたらそのままにせず確認をするようにする。周りの他の薬剤師にも意見を求めるようにする。	マイスリー錠5mg	マイスたん錠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。
7	眠れないとのことで薬が追加になったが、マイスたんが処方されていたため、名前の似ているマイスリーとの処方箋の入力間違いの可能性があり疑義照会し、薬が変更となりました。	マイスたんとマイスリー薬品名が似ているため、処方入力時の選び間違いが原因と思われる。	マイスたん処方時、薬効を患者様に確認してお渡しする。			マイスたん錠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。
8	マイスたん錠5mgが新規で処方されており、投薬時に患者様に処方の経緯を伺ったところ、睡眠薬を処方される予定でありマイスリー錠5mgが処方されると思っていたとお聞きした。疑義照会でマイスリー錠5mgの処方間違いであった事がわかり、マイスリー錠5mgを調剤してお渡した。	名称が似ている為、病院での処方入力時に誤って入力されたものと思われる。	店内研修やヒヤリハット事例などから類似名称のある薬品について再度確認。さらに該当薬が処方された場合は特に注意して投薬時に患者様に伺うこととした。			マイスたん錠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。

**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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
9	Aクリニックからの処方では硝酸イソソルビド徐放錠20mgであった(サワイで調剤)その次は転院されBクリニックから一般名処方では一硝酸イソソルビド20mgが処方されていた。ファックス処方だったため、二次元バーコードリーダーが使えず、誤って硝酸イソソルビド徐放錠を選択した。一包化の調剤を終えたあと、改めて確認し、間違いに気づき修正した。	ファックス処方では二次元バーコードリーダーが使えなかったこと、一般名が非常に類似していたことが、入力でのミスに繋がったと思われる。また、普段受付しなれているクリニックの処方ではなかったこともミスの誘因である。一般名処方の薬剤選択には細心の注意を払う必要がある。	一般名処方の薬剤選択時、監査時には細心の注意を払う。特にファックス処方では二次元バーコードリーダーが使えない場合にはより注意する必要があるため、事例を共有した。	アイトロール錠20mg	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。
10	アイトロール錠20mgが処方され普段からジェネリック希望で一硝酸イソソルビド錠20mgにて交付している患者様126錠ピックアップして集められていた、一番上の見える部分は一硝酸イソソルビド錠20mgで下の方が若干PTPシートサイズ異なるものが集められており包装変更があったのかと思い確認すると硝酸イソソルビド徐放錠20mgでピックアップされていた	他の患者さんの調剤で使用した硝酸イソソルビド徐放錠20mgを箱に戻す作業をしたときに、間違えて一硝酸イソソルビド錠20mgの箱に戻してしまったのが原因、ピックアップするひとも確認しピックアップしなかった他の人に見てもらい元の箱に戻すことをルールとしているが、もう一人の人が確認する作業を怠ったか、確認する人がしっかり見ずに戻してしまったことで発生した	戻す作業を行うときに徹底して作業を行う該当の患者さんの薬歴に間違い発生しやすい薬がある旨を記載しておく	アイトロール錠20mg	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。

**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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
11	アイトロール錠が処方になっており後発品に変更調剤する際に、正しくは一硝酸イソソルビド錠を調剤するところだが、誤って硝酸イソソルビドカプセルを選択してしまった。監査で発覚し、交付には至らなかった。	アイトロールの後発品は「一硝酸イソソルビド」、ニトロールの後発品は「硝酸イソソルビド」であり名称が類似している。調剤者が新人で知識不足だったこともあり、よく処方される硝酸イソソルビドの方を誤って選択してしまった。	硝酸イソソルビド、一硝酸イソソルビドのそれぞれの棚に、対応する先発品名をシールで貼り付け注意喚起を行った。	アイトロール錠 20 mg	硝酸イソソルビド徐放カプセル 20 mg 「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	処方箋に（般）硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgの記載があり、患者本人はジェネリック医薬品希望だった。大型連休直前の繁忙時に確認を怠ったことで、当該薬剤師がジェネリック医薬品を選択しようとし、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を同成分と思い込んで交付にまで至ってしまった。	成分名の確認に加え、徐放性かどうかを処方箋の記載内容と添付文書を照らし合わせるようにする。	処方箋内容を十分に確認し、忙しい時間帯でも、先発品と後発品の対応関係を十分に調べ、確認したうえで交付する。	ニトロールRカプセル 20 mg	一硝酸イソソルビド錠 20 mg 「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。
13	一般名処方入力の際、名称類似の薬品名を選択。調剤・監査共に間違いをチェックできず、患者にそのまま交付される。30日処方のため次月処方入力、監査の際、間違いに気づく。処方元と患者へ報告、お詫びする	一般名処方入力で選択の際、部分的に同じである名称類似の薬品名を選択してしまう。前回まで他薬局で交付されており、初回のためカラー薬情で前回処方確認したが、先発調剤だったため、入力ミスに気付かず調剤、監査、交付してしまう	名称類似薬品の入力時、監査には特に気を付ける。他薬局で先発医薬品調剤でも成分名の確認をする。	一硝酸イソソルビド錠 20 mg	硝酸イソソルビド徐放錠 20 mg 「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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
14	一般名処方で一硝酸イソソルビド錠20mgの処方。硝酸イソソルビド徐放錠20mgで調剤。	過去にも同様のヒヤリハットはある。交付まで至ったことはない。	どちらかの医薬品に一本化できれば良いが、異なった効き目のものなので難しいと考える。注意喚起すべき医薬品と皆知った中で業務行っているが、時々このようなヒヤリハットがでており、ヘルプスタッフや新人が入った時には情報共有したり、監査を確実に入れ防いでいく。	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」		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。
15	硝酸イソソルビド徐放カプセルが一硝酸イソソルビド「サワイ」で一包装しお渡ししてしまった。	薬品名が類似していたことで間違ってしまった。	類似している薬品の棚には間違っても取らないよう印をつける等する。	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。
16	心臓の病気で大学病院に通院していたが手術により良くなったので、近所の診療所で薬が処方されることになった。処方された薬が一硝酸イソソルビドから硝酸イソソルビド徐放錠に代わっていたので疑義照会。疑義照会の結果、処方ミスとの事。	紹介状により今までと同じ薬を出すはずが、似た名前の薬を間違えて出してしまった	処方内容が変わった際は入力時に患者様に変更内容を確認する	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「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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
17	(般) 一硝酸イソソルビド錠20mgが処方され、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤すべきところ、在庫のある硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を同一医薬品と思い込み調剤した。	一般名の違いに対する知識が不足していた。	一般名には似た名称があるので、一字一句見間違えないように気をつける。	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。
18	予製の段階で気づくべきところ、予製時気づかず。調剤直前に発見した。	前々回まで硝酸イソソルビド。前回から一硝酸イソソルビドに変更。思い込みもあった。処方量も圧倒的に硝酸イソソルビドの方が多い。	予製時もピッキング、調剤、監査と別のスタッフが確認したが間違えてしまった。予製の紙に一硝酸と強調するようにした。	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。
19	一硝酸イソソルビドを硝酸イソソルビドと勘違いし調剤しようとした。(実際には硝酸イソソルビドは薬局で取り扱っていなかったの途中で気づいた)他の薬剤師がそれに気づき指摘したことで間違いに気づいた。	知識不足で一硝酸イソソルビドと似ている名称の硝酸イソソルビドがあることを把握していなかった。	硝酸イソソルビドは薬局では取り扱っていない。	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
20	今回いつもの病院ではなく新しい病院を受診し定期薬を出してもなかった。今までのお薬（一硝酸イソソルビド20mg）を出してもらったが硝酸イソソルビド20mgで処方、入力は一硝酸イソソルビド20mgで入力。疑義照会して一硝酸イソソルビド錠20mgに処方変更	混雑時に薬局調剤者が硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドが存在する事を知らなかった	局内用名称で【硝酸】と【一硝酸】とメンテナンスして注意喚起、ミーティングでみんなと情報共有	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。
21	硝酸イソソルビドカプセル20mgが処方されたが、誤って一硝酸イソソルビド錠20mgをピックしてしまった。すぐに気づき硝酸イソソルビドカプセルを調剤したため患者様の手には渡らなかった。	名称が似ているため取り違えが起きてしまった。	よく似ている名称のものは共有するようにする。	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	一包化に硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」のところ、誤って一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を入れ、鑑査時に気づかず、患者に手渡ししてしまった。後日、在庫のずれにより気づいた。	一包化の患者が多く、確認がおろそかになっていた。手巻きの錠剤ヒートを鑑査していなかった。	一包化調剤の時、手巻きの錠剤のヒートは必ずPCSS鑑査に通す。一包化でよく出る一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」をカセットに入れる。	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
23	本来は一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されるべき所、硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていた。混同しやすい薬剤なので、交付の際に念入りに患者へ確認したところ、処方違いであることが発見された。	硝酸イソソルビド徐放錠20mgと一硝酸イソソルビド錠20mgの名称がとてもよく似ている。適応症も両方とも狭心症があり、とても混同しやすい。	硝酸イソソルビド徐放錠20mgと一硝酸イソソルビド錠20mgの処方の際は2名で確認する。	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」		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。
24	今回が退院後2回目の調剤。1回目と2回目の医療機関は異なります。1回目の処方は一硝酸であった。2回目の処方は1剤減薬、硝酸イソソルビドへの変更。事務が入力の際、同じ薬剤だと認識。患者交付前に入力の間違っていることに気づき、正しい処方でお渡し。	「一」があるか無いかなので、同じものだと思い込みで入力。	入力は全く同じ名前で行うように徹底	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。
25	今回、一硝酸イソソルビド錠20mgで処方あり。今までは硝酸イソソルビド錠20mgで処方されていた。患者様の背景として、今回、医師は同一人物だが、医師の転院に伴い、病院を変更。他の薬の処方と同じだったため、念のため、疑義照会にて確認。今回は、一硝酸イソソルビド錠で良いとの返答あり。	一硝酸イソソルビド錠と硝酸イソソルビド錠で名称が類似しているため、間違いやすいので注意が必要。	類似薬品名があるため、一文字一文字確認が必要。			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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	硝酸イソソルビド徐放錠20mgが一包化指示で処方されていたが、一硝酸イソソルビド錠20mgがピックアップされており、間違いに気づかず一包化していた。監査時に、空シートを確認した時点で、間違いに気づき、一包化し直した。	薬剤の収納棚や袋、等の名称表示部分に、間違わないような表示(線引きや大文字にしたり、カラーペンやシールでポイント的に表示)をして、再確認を促すようにする。	よく似た薬剤名称のあるものについては、常に、注意をはらって調剤するよう心掛ける。			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。
27	アテレックではなくアレロックと見間違えて入力してしまい、投薬時に患者さんと確認する時点で間違いが発覚した。	今まで生活習慣病がなく、今回初だったこと。他に保湿剤が処方されており、季節柄アレロックがよく処方されていたので見間違いが生じた。	用法がそもそも異なっていたため、用法の時点で気が付けるよう知識を深める。1字ごとの声出し確認を行う。引き続き投薬時で薬に間違いが無いか確認する。	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。
28	院外処方にてアテレック5mgの記載された処方箋が来たが、患者様との話の中で薬効が違うように感じられ、処方医に確認。アレロック5mgの間違いが判明	名前がよく似ている。投薬時の患者様の内容で間違いに気づく	類似薬リストを作成し、よく似に当たった名前の薬を意識する。患者様と深く話すことによってわかることも多いので、懇切丁寧な服薬指導を心掛ける	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。

**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**  
**(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
29	新規でアテロック錠5mgの処方された。入力時にアレロック錠5mgと間違い、アレロック錠5mgでピッキング。監査で間違いを発見できず、投薬時に患者の話で血圧が高いので新しい薬を出してもらった、と伺い、間違いに気づいた。	・処方箋の見間違い・監査時の確認不足・類似する医薬品名	監査の徹底を行う。	アテロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロ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。
30	当該処方是一般名処方であった。オロパタジン塩酸塩錠での処方で当該患者はジェネリック医薬品を希望だった。ジェネリック医薬品で調剤しなければならないところを誤ってアレロック錠と変換し間違えて更にアテロック錠5mgで調剤してしまい、監査時に別の薬剤師が発見した。アレロック錠とアテロック錠、オロパタジン塩酸塩錠は当薬局ではすべて異なる場所に置いてあった。	一般名処方からジェネリック医薬品に変更する際にアレロック錠に変換、そしてそのまま名称の似ているアテロック錠にしてしまったと考えられる。	一般名処方から先発品、ジェネリック医薬品へ調剤をするときは名称を一度間違えたまま先入観を持ってしまうと誤った調剤してしまうので薬品名をよく確認し、前回処方を確認して明らかな違いがある場合は今一度処方箋を確認することが必要である。	アレロック錠5	アテロック錠5		アレロックとアテロ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。
31	処方されたのはアレロック5mg。しかしながら、ピッキングされたのはアテロック5mg。薬剤師による監査で発見された為、実害はなかった。	ピッキング初心者だった事も要因の一つだが、薬剤名称が酷似していた事が主原因	当該薬局内備蓄医薬品の名称酷似医薬品リストを作成し、スタッフに周知徹底を実施。	アレロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロ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。

**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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
32	アレロック錠5処方のところをアテレック錠5を調剤、気付かずに監査、投薬してしまいました	薬剤名が似ていたため取り間違え、循環器内科の処方箋で普段から降圧剤を組み合わせて処方されるDr.の為、降圧剤がほかにも出ているのに疑問を持ちませんでしたいつも服用されているお薬なので投薬時も間違えていることに気付かずそのままお渡ししてしまいました	アテレック錠5を服用されている患者様が数名だけなので、アテレック錠5の箱に服用されている患者様の名前を記載して注意するようにしました	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	降圧剤、骨粗鬆症治療薬、胃薬、高脂血症治療薬等の6種類の薬剤を継続服用している患者にアテレック5mgが2錠分2で追加となる。今回より降圧剤が追加になったと伝えた所、特に医師から話しは無かったが院内で若干血圧高目だったせいだろうとの事。しかし会計直前に痒みの薬が処方されていないかと質問を受ける。医師に確認した所アレロックを処方するつもりが間違えてアテレックになってしまったと説明あり。	該当医師は添付文書による規定された服用方法よりも臨床での経験から服用回数を決める傾向にあり、分1製剤を分2で投与する事は珍しくなかった。本来アテレックが分2で処方された時点での疑義照会が必要だったが上記理由により大きな違和感を感じずに投薬台まで進んでしまった。	新たに薬が追加された場合は該当薬剤の服用方法を添付文書で確認し、且つ類似する名称の薬品と混同されていないかを念頭に置き投薬を行う。			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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	一般名処方で、アロチノロールを読み違えてアロプリノールを一包化してしまった。監査時に気が付いて作り直した。	普段、一包化にかかわっていない薬剤師が一包化した。似ている一般名で間違ってしまった。	規格に○をつけ確認し、一包化する。よく処方されているアロプリノールは、調剤棚にセットし、あまり処方されていないアロチノロールを引き出しにいれ、ミスを引きにくいようにした。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「ケミファ」		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。
35	アロチノロール錠10mg「トローワ」が処方されていたが、入力が入力されたアロプリノール錠100mg「サワイ」になっていた。調剤はアロチノロール錠を取っていた。鑑査時にミスゼロ子にバーコードを通して際に違っていることで気づいてミスが発覚。	アロ〜〜ールでmgも似ており、入力を間違えたと思われる。	名前を間違えやすい医薬品は列挙しておき、あらかじめ気を付けるようにする。調剤間違いもしないように棚は近くに置かないようにする。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トローワ」	アロプリノール錠100mg「サワイ」		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。
36	以前より同じ処方を出している患者さんに対し、アロチノロールを調剤するところ、アロプリノールが調剤されていた。患者さんに渡す際に、薬剤と薬情の写真を比べながら確認していた際に、異なる薬剤が出ていたことに気づき、その場で変更して正しい薬を調剤した。	アロチノロールの処方数は少なく、大半がアロプリノールであったため、該当薬剤師がアロプリノールと思い込み調剤をおこなった。処方箋原本を確認しながらの処方ではあるが、該当薬剤師の確認が不十分であったと考えられる。また、該当薬剤師は60代後半であったことから、視力や見間違いなどの肉体的要因も考えられる。	処方せんの内容を、指で確認しながら間違いがないかチェックを行いながらの調剤薬情との写真と照らし合わせ、前回薬との違いがないかを確認しながら 写真 文字の両方を見ながらチェックを行う	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「サワイ」		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。

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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	アロチノロール塩酸塩錠5mgが処方されたにもかかわらず、アロプリノール錠100mgを交付してしまった。	医薬品の名称類似で、当薬局ではアロプリノールの方が処方されることが多いため、アロプリノールを調製し、鑑査も気づかず、交付してしまった。交付後、間違いに気づき、電話で謝罪し、アロチノロールを送った。	医薬品の名称には一字一句、声を出して確認し、調製、鑑査を行うようにし、また交付時も患者に薬剤を確認してもらうように注意喚起を行う。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「サワイ」	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。
38	平素より当薬局を利用中の患者。定期薬として「アロプリノール錠100mg」が処方されていたが、誤って「アロチノロール錠5mg」を調剤。鑑査時も見落とし患者に交付した。残薬があり、しばらく手持ち分を服用していたが、数日後に患者家族が当処方薬剤の薬袋を開けた段階で、普段と見かけの異なる薬剤が入っていることに気づき薬局に連絡。取り違えが発覚した。発覚後は謝罪し、誤って交付した「アロチノロール錠5mg」を全量回収し、正しい「アロプリノール錠100mg」を交付した。	名称類似薬剤であったため、調剤時の取り違え・鑑査時の見落としに繋がった。	名称類似薬であり取り違えに注意が必要な薬剤であることを薬棚に記載し、注意喚起する。	アロプリノール錠100mg「DSP」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
39	アロプリノール錠100mgのところアロチノロール錠10mgと間違えて調剤を行ってしまった。	繁忙時により焦りがあった。ピッキング機器を使用していたが、慌てて操作を間違えてしまい、照合の際に気が付かなかった。	交付前に気が付くことが出来たが、ピッキング機器の操作を慌てず行う。機器を使用しても監査時に指差し確認等怠らないようにする。似た名称の薬については棚の位置をずらし混同しないようにする。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」		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。
40	処方箋に、医薬品名がなく用法のみが残っていた。疑義紹介し、インターナル点鼻液の処方漏れであると確認。その後薬剤師、事務員の伝達がうまくいかず、誤ってインターナル点眼液と入力。監査時に入力ミスに気付かずそのままお渡ししてしまった。後日医療機関からどちらを処方したか連絡を受けた為発覚した。	疑義紹介会で処方変更になった場合、口頭で事務員に伝えていた為しっかり伝わっていなかった。また修正後の確認が疎かになっていた。	変更点は口頭だけでなく記載して伝える。	インターナル点鼻液	インターナル点眼液2%		インターナルは、2021年3月末日をもって経過措置期間が満了したところである。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
41	NIM配合散・モビコール配合内用剤LD・(般)ゾニサミドの処方を受付。調剤・監査を経て投薬時に患者様に症状を伺った際、「胃を強くする薬」と医師から説明を受けていたがゾニサミドの処方意図が不明であり医師に疑義照会をかけた。「エクセラゼ配合錠を処方した」との返答があり、(般)ゾニサミド⇒エクセグラン錠(該当医療機関の採用薬剤)の処方がエクセラゼ配合錠の間違いだった事が発覚した。	薬品マスタの作成の際、フリガナを類似にしまうと全く違う薬剤を選択してしまう可能性がある。	医療機関には今回の事例を報告した。投薬の際、患者の症状と薬効が合致しない時は医師に疑義照会をかけて確認する。	エクセラゼ配合錠	エクセグラン錠100mg		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。
42	患者が処方せんを持って来局。処方せんにはカナグル100mg1錠1日1回朝食後28日分と記載されていた。カナグル100mgを調剤するところ、誤ってカナリア配合錠を調剤し、監査者も誤りに気付かず、そのまま監査を通してしまい、患者に交付をしてしまった。その後、家で薬を確認した患者からの電話により誤りに気付いた。	カナグル100mgとカナリアの名称が似ていたため間違えた。監査者も焦りがあったため見間違えてしまった。	監査に回す前に薬剤を再度確認し、患者に交付する際も薬剤を一緒に確認する。名称類似医薬品を薬局内で共有した。	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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
43	カナグル錠100mgが処方されていたが、カナリア配合錠を調剤してしまっ。監査システムにてエラーが出たため監査前に発見し、正しいものに調剤し直した。	混雑時による焦り、名称が似ているという点での思い込みによる要因が大きく占めているが、更に調剤棚の同じ引き出しのすぐ近くに両剤が陳列されていたことも発生要因の一つと考えられる。また、カナリア配合錠の箱にも20mg/100mgと記載がされており、100mgという記載に引っ張られたと考えられる。	調剤の際にも十分注意をする必要があるが、調剤した後にもしっかり自己監査をすることを徹底する。また、同じ引き出しに似た名称のものが入っている場合は、位置をずらすなど調剤棚の収納方法にも工夫を凝らすこととした。	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。
44	繁忙時間帯に急いでピッキングしたため取り違えた。一人薬剤師で自己監査にて投薬前に発見した。	繁忙時間帯。類似した薬剤名、薬効のため取り違えたと思われる。	再度、注意喚起されている類似名称による取り違い事例を含めて、ピックアップし、掲示するなどして意識付けしていく。	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。
45	カナグル錠とカナリア配合錠の取違	いつもカナリア配合錠内服。カナグル錠投薬してしまっ。薬剤師2名でチェックしていたが、糖尿病という病名が頭に残り投薬してしまっ。患者様より自宅帰宅後いつもとPTPデザインが違うとの報告受けすぐに自宅に確認しに行くとカナグルが投薬されていた	調剤棚に注意の文字。カナグルは最近処方が少ないので下段の引き出しにしまうようにした	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。

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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
46	カナリア配合錠を含む一包化の処方一包化された薬を監査するとカナグル錠が分包されていた。	前の患者でカナグル錠を調剤しており、同じカナグル錠だと思い調剤、分包した。	分包する前に薬剤師、事務員など第三者も確認したのちに分包する。	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。
47	一包化のカセット補充誤り。カナリア配合錠のカセットの中にカナグル錠が充てんされていた。	充てん時の誤り。詳細な充てん日時は定かではないが、事例の2か月前から、特に1～2週間ほど前から特に人員不足による繁忙が続いていた。確認が不十分・注意が散漫だった可能性がある。	店舗内にて事例を共有し意識を高めた。人員復帰により繁忙はやや改善された。			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。
48	病院では、先発商品名をレセコン上で入力すると、一般名に変換されて発行されるシステムとなっている。今回の事例は、アマリールをアルマールと誤打したと思われる。	先発名を入力し、一般名に変換されるシステムが要因。	門前のレセコンシステム状況を把握すべきと考える。	グリメピリドOD錠 0.5mg「日医工」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」		アルマールの販売名は、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。
49	名称類似の医薬品を取り間違えた。	調剤時の確認不足。	在庫場所に名称類似の注意喚起表示をする。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠2.5mg		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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	名前が似ている	泌尿器科で使用される	きちんと名前確認する	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	ザルティアが追加処方。処方入力でザイティガで入力。	当薬局で使用の少ない薬品だったため医薬品検索でザイとでたのですぐに確定してしまったようだ。	通常時から事務員が入力後、調剤前に薬剤師が処方の監査をするので問題なく発見できた。今まで通りの業務を丁寧に行うように注意。ザイティガの飲み方も違うことも説明した。	ザルティア錠5mg	ザイティガ錠250mg		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。
52	【正】 スチックゼノールA 【誤】 スミルスチック3%	"入力時、類似した薬品名に注意していたが見落とした。入力照合も入力者が行ったが、気付かなかった。最終鑑査・投薬の薬剤師も気付かずスルーした。"	入力は間違っているものとして、確認するようにする。処方箋を指差し確認を怠らない。	スティックゼノールA	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。
53	処方箋は一般名処方フェルピナク軟膏3%が出ていて、スミルスチックの調剤をするところ、間違えてスティックゼノールAを調剤し、監査でも気づかず患者の手に渡ってしまう。以前スティックゼノールAも使用したことがあり、前回と包装が違うと本人よりの連絡があり発覚	薬のピッキングの際、スミルスチックとスティックゼノールAがすぐ隣に並んであったため取り違えて調剤してしまったと推察合わせてちょうど薬局内が込み合っていたこと、いつも来局してくれる方で、急いでいると話をされていたこともあり見過ごしてしまった	外観が似ている薬なので、薬の保管場所を少し離れた場所に移動する&#32363;忙期でも調剤監査を丁寧にする事徹底する	スミルスチック3%	スティックゼノール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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	スミルスチックとスチックゼノールの取り間違い	薬効類似、外観類似にも関わらず在庫を隣接させていた	在庫の位置を離して保管	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。
55	R p. スピオルトレスピマットのところ、スピリーバレスピマットを用意した。監査時に発見できず、別の薬剤師が投薬時に発見した。	・薬品名の類似。・スピ〜レスピマットと見ただけで、思い込んで調剤した。	・処方せん薬品名と、現物の薬品名のと突合を徹底する。	スピオルトレスピマット 60 吸入	スピリーバ 2. 5 $\mu$ 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。
56	偶々、スピリーバ 2.5 $\mu$ g レスピマット 60 吸入を調剤しようとした際に、在庫数が合わず、確認したところ、同日にスピオルトレスピマット 60 吸入が処方されていたことに気づき、患者様へご連絡し確認したところ、スピリーバ 2.5 $\mu$ g レスピマット 60 吸入をお渡ししていたことが発覚しました。ご帰宅される前に連絡がついたため、未使用でした。	スピリーバ 2.5 $\mu$ g レスピマット 60 吸入とスピオルトレスピマット 60 吸入が同じ引き出しにあり、確認不足だった。	スピオルトレスピマット 60 吸入は当局からはお1人のみ使用されているため、その方のお名前を薬に貼り付けていましたが、スピリーバ 2.5 $\mu$ g レスピマット 60 吸入にも『〇〇様はスピオルトレスピマット 60 吸入です』と明記した紙を貼って注意喚起することにしました。	スピオルトレスピマット 60 吸入	スピリーバ 2. 5 $\mu$ 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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
57	スピオルトレスピマットを調剤するところ、誤ってスピリーバレスピマットを調剤した。患者服用前に入院先の医療機関のスタッフが気づき発覚、すぐに正しいものと交換し謝罪した。	名前が類似しており、また、繁忙であったため確認を怠った。	類似名称の医薬品や見た目が似ている医薬品は離れた位置に配置する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
58	医師より継続薬の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で渡してしまった。後日、別の患者でスピリーバレスピマットの処方があった際に在庫が合わず、渡し間違えが判明する。	当該患者が営業時間前に来局した。そのため通常、薬剤師2人体制であるところ、1人薬剤師で対応する状況だった。(1人調剤、監査)同一処方箋内で数量が不足している薬剤があったため、不足薬の対応に時間がかかり、急いで薬を渡す状況にあった。そのため、不足薬の方に意識が向いてしまい、監査が疎かになってしまった。	調剤者、監査者の二重チェックを必ず実施することにより再発を防ぐ。1人薬剤師の際には、事務員等、他の従業員の目を通すことで、思い込みによる調剤がないよう注意する。スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットのように同じデバイスで見た目が類似している吸入薬は、外箱に入った状態のまま監査台に置き、見間違いや見落としに気づきやすい状態で監査を行う。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
59	スピオルトレスピマット60吸入が正しいが、スピリーバレスピマット2.5 $\mu$ g60吸入で調剤。監査時に他の薬剤師が発見。	知識不足、不注意による薬剤取り違え。新しく配属になったスタッフの教育が出来ていなかった。	新しく配属になったスタッフには吸入の種類・規格をきちんと教えて、間違い易い薬を把握してもらった。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。

**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**  
**(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
60	スピオルトレスピマツト処方のところスピリーバを調剤してしまった	名前が似ている点と同じ場所に保管されている点通常スピリーバのほうが処方が多い	保管場所をずらす	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5 $\mu$ g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。
61	スピリーバレスピマツト60吸入が処方されていたところ、スピオルトレスピマツト60吸入を誤ってお渡ししてしまった。お渡しが火曜日で、金曜日に発注などの在庫をチェックしているときに間違いが発覚。患者様に連絡し、正しいものと交換、その際に使用状況や体調について確認したが、未使用だったため健康被害等はなかった。病院にインシデントの発生と患者様の状態について連絡した。	繁忙の曜日、時間帯に当薬局は初回の患者様で他の病院より転院、間違いがあった薬以外にも足りない薬などがあって対応でバラ端してしまい焦りがあった。棚卸月だったこともあり、処方がない薬の返品準備をされていて、その中にスピオルトもあった。他の不足薬の発注も行いながら、返品で用意してしまったと思い回収したりしていて思い込みもあり確認が甘くなってしまった。 (以下、次ページ)	繁忙時でも1つ1つの仕事を焦らずに行い、間違いの無いようにお渡しできるようにする。時間がどうしてもかかってしまう場合は先に患者様に時間がかかる旨をお伝えし、焦らずに作ることのできる状態を作る。	スピリーバ1.25 $\mu$ g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	投薬時もスピリーバレスピマツトがほかの病院でもらっていた薬と変更になっていたこともあって患者様も違和感など感じず、交付者も足りなかった薬の受け取りや繁忙時で他の患者の対応も行っていたため確認が甘くなりそのままお渡ししてしまった。			スピリーバ1.25 $\mu$ g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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	いつもスピオルトレスピマットが処方されている患者さんに、スピリーバの処方 came。一緒に処方されたその他の内服も前回とmg数が違っていたり服用方法が違っていたりと、問合せだけの処方箋だった。薬局の事務の入力がdoでしており、手帳のシールを見て調剤していた為、調剤した薬剤師もスピオルトで用意。きちんと処方箋を見きれていなかった。監査の薬剤師も他の問い合わせに追われ、吸入の違いに気付かなかった。約1ヶ月たち、処方元より連絡が入り発覚。処方医は、スピオルトを処方したつもりだったため、結果問題なく終わった。	一つの処方箋に疑義の内容が沢山ありすぎ、全てを見つけれなかった。	改めて処方箋をしっかりとみる事を再認識。	スピリーバ1. 25 $\mu$ 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。
63	スピリーバレスピマットの処方箋記載であったが、誤ってスピオルトレスピマットで調剤。監査も通り、交付後に在庫数が合わないために発覚。スピオルトレスピマットと交換。	スピオルトレスピマット、スピリーバレスピマットそれぞれ隣同士に配置していた。「スピ」のみで判断したものと思われる。また、人員減と繁忙が重なったことも影響があったと考えられる。	それぞれの薬品ごとに輪ゴムで括り付け、注意喚起する札と一緒に止めた。隣同士になっていたので距離を開けた。	スピリーバ2. 5 $\mu$ 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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
64	スピリーバ2.5mgレスピマット60吸入150 $\mu$ gが処方されているのに、スピオルトレスピマット60吸入を用意してしまった。	レスピマットの名称がどちらにもついており、つい目に入ったスピオルトを手にとってしまった。	処方せん、薬情で名称を確認後、薬品を手に取り、もう一度名称を確認する。	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
65	スピリーバレスピマットとスピオルトレスピマットの取り間違え	始業時間前の調剤 当時 確認担当の人材が不足していた	効能 形状が 似ている薬品に関して 確認注意の 付箋を 付ける	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
66	スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入が処方されたところスピオルトレスピマット60吸入を患者にわたってしまった。	監査システムを通したがエラーを目視で実施して見過ごしてしまった。	エラーが出た場合は詳細を確認し、解消してから再監査する	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。

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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入との処方箋の記載であったが、スピオルトレスピマット60吸入で調剤してしまった。	スピリーバとスピオルトは隣同士で備蓄していた。	似た名前の薬には、箱に注意喚起の紙を貼るとともに、備蓄場所を離すようにする。	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。
68	初めての患者様で取り寄せの薬もあった。QRコード付き処方箋だったが、スピリーバが未登録で間違っスピオルトで入力してしまい、GS1の監査システムも通ってしまった。PMDAからこの取り違えの事例が配信もされていて、交付後医療事務がチェックしていると間違えに気が付きすぐに患者様の自宅へ行って交換した。	名前が似ていて、疲れもあり間違いが重なった。	シールを張る	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。
69	スピリーバをいつも処方されているが、スピオルトが調剤されていた	調剤者の処方箋を読み取る能力が落ちており、注意力不足と思われる	調剤時に、薬剤の名称を最初と最後しか見ていないと思われる行為が何回かあり、声に出して、調剤するようにしてもらう	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
70	<p>定期的にクリニックを受診し、定期薬が処方されている患者が来局した。スピリーバ2.5μレスピマット60吸入が処方されていたが、スピオルトレスピマット60吸入を渡してしまった。その日に勤務していなかった薬剤師が、翌日に薬剤の空箱を確認した際、スピオルトレスピマット60吸入が処方されている患者の受診予定がなかったにも関わらず空箱があることを不審に思った。</p> <p>すぐに患者に電話をし確認したところ、誤ってスピオルトレスピマット60吸入を渡していたことが判明した。すぐに取り換えに行き、未使用であったことから健康への影響はなかった。患者からその際に、ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mgが2セット入っていたと言われ、1セット返却された。</p>	<p>通常、薬剤師は2人で勤務しているが、発生時は3人で勤務しており、ピッキングや監査の手順が乱れていた。投薬者は、未監査であったものを監査済であると思ひ込み、自身でも薬剤の確認をすることなく投薬したと思われる。しかし、スピリーバ2.5μレスピマット60吸入を継続使用されており、これまで毎回処方されているため、薬剤師の慣れや慢心も一因だと考える。</p>	<p>ピッキングや監査が終了していること、責任の所在を明らかにすることで業務に対する意識を高められると考え、それぞれの業務を行った者が処方箋に押印することとした。</p>	<p>スピリーバ2.5μg レスピマット60吸入</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>		<p>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。</p>
71	<p>スピリーバとスピオルトで名称類似の為取り間違えた。</p>	<p>個別管理している薬剤で、新規の患者様に出た為、新たに個別管理をしなければという事に気持ちが行ってしまい確認不足となった。</p>	<p>三人での監査の徹底</p>	<p>スピリーバ2.5μg レスピマット60吸入</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>		<p>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。</p>

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	スピリーバ2.5ugレスピマットが処方されていたが、スピオルトレスピマットが調剤されているのを監査時に発見した。	処方箋の読み間違いが直接の原因と思われる。どちらも形状が似ており、2.5ugの60吸入用と規格数字が同一の物が多い点も間違えやすい。	該当職員にレスピマット製剤の在庫品について再度教育を行い、今後の対策として2.5ugの規格以外にも1.25ugがあることを理解してもらった。	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。
73	処方箋上チオトロピウム臭化物吸入剤と記載されていたがオロダテロールが追加成分であるスピオルトレスピマットを間違えてお渡しした。入力も間違えていたためミスゼロコも通過し患者様にお渡ししてしまった。数分後別事務員より薬が違うのではないかと指摘。確認したところ間違えていたことが判明。患者様に電話連絡し薬局にもどってきてもらい正しい方をお渡しした。1度吸入ういてしまったとのこと。医師にその旨を伝え問題ないだろうと指示を受けた。	監査時にミスゼロコ通過したことで大丈夫だと慢心したこと。吸入器の一般名処方になれていなかったことが原因。	慢心せず注意して常に疑問をもちながら確認する。	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	スピリーバレスピマット吸入が、処方されていたが、スピオルトレスピマットを誤ってピッキングしていた。監査時、それに気づかぬまま、吸入薬のセットをし、投薬。しばらくして、捨てようとした空き箱を見て、間違っていた事に気づき、患者様宅に連絡→交換に伺った。	名称、外観、共に似ている薬剤を、処方箋記載の名称と薬剤本体の名称に注意を払わずに、思い込みで監査と投薬をしていた。	名称、外観、が類似した薬剤については、収納棚に間違わないような表示をしたり、離れた場所に在庫する、等の工夫をする。又、監査時は処方箋記載の名称と薬剤本体の名称の突合せを怠らない事。	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
75	スピオルトレスピマット60吸入用1キットの処方のところ、スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入が調剤してあり監査の際に確認を怠った。交付したのち、薬剤の空箱を利用し卸に注文しようとしたところ、当日処方された患者はおらず間違いが発覚した。	繁忙の時間で且つ患者の予定されていた来局時間が迫ってきていたため確認を怠ってしまい交付してしまった。	処方薬を声出し確認しながら監査するようにした			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。
76	1包化する際に処方されていたタケキャブ錠10mgではなく間違えてタケルダ配合で1包化してしまった。鑑査時に薬が違うことに気づき1包化し直し投薬した。	忙しい時間帯だったので医薬品名を最後まで読まず頭2文字で判断してしまった。	時間帯にかかわらず医薬品名は最後まで読むこと	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
77	患者さんが処方箋を持ち来局。タケルダを投薬すべきところを名称類似のタケキャブを投薬。その後、患者さんより電話で薬が違うことを指摘され、自宅に伺い正しいタケルダに交換。	タケルダとタケキャブ10mgは名称類似のために間違えた。来局された時間は繁忙のため焦りがあった。	名称類似による過誤の原因をスタッフで共有した。取り間違いの再発防止の注意喚起をした。	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。
78	一般名処方 ベタヒスチンメシルのところ隣り合った隣の棚から無意識に ペポタスチン をとってしまった。	似通った スペルのため 勘違いした	カタカナの配列が似ているためとなりどうしに置かずに置かずあいだに違う薬剤を入れて 配置を変えてみた	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg 「テバ」	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。
79	一般名処方 でベタヒスチンメシル酸塩塩糖6mg 1日2回朝食後で処方あり。ペポタスチンベシル酸塩錠10mgを1人でピッキングしそのまま投薬へ。患者からの話を聞いて取り間違いに気づいた。	ペポタスチンは1日2回服用の薬であり、ベタヒスチンは1日3回の処方が多いため、服用回数違っていれば、取り間違いに先に気づくが、今回ベタヒスチンも1日2回の処方、取り間違いに気づかなかった。1薬剤の処方だったために、ダブルチェックをせず業務をしてしまった。	たとえ1剤の処方でもダブルチェックを欠かさないようにする。一般名処方他にもよく似た名称があり、特に注意をする。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg 「日医工」		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。

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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
80	類似名称薬品のピッキングミス	類似名称品	監査の徹底	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「日医 工」		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。
81	一般名処方でベタヒスチンの処方 があったが、類似名称のベポタス チンを取り揃えてしまった。	薬剤師歴1年目の薬剤師のピッキ ングミスになります。一般名が類 似している薬剤の取り違いになり ます。繁忙でもなく、慣れや慢心 から確認を怠ったため、ミスが生 じたと考えられます。	ピッキングをする際に気を付けな がらしていると思うが、取り揃っ た後に再度薬剤の間違いがないか 確認をする。また、ベタヒスチ ンは3錠1日3回で処方されるも の、ベポタスチンは2錠1日2回 で処方されるものなので用法から 間違いであることを気づけない といけなかったと思うので、薬剤 名と用法の認識を再度改める。	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。
82	ベタヒスチンメシル6mgが処方 されていたが、ピッキングの際に ベポタスチンベシル10mgが出 ていることに気が付いた。	一般名の名前は非常によく似てお り、繁忙になると処方箋をよく見 ずに思い込みで出してしまうこと がある。	処方箋をよく見て、落ち着いて ピッキングをし、監査の者も思い 込みを捨てて間違っているかも しれないのを前提にチェックする ようにした。	ベタヒスチンメシル酸 塩錠6mg「TCK」	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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgとペポタスチンベシル酸塩OD錠10mgが上下の引き出しにあり、繁忙期でよく確認せず調剤箱に入れてしまった。監査時に気づき患者に交付することはなかった。	忙しい時間帯で心理的焦りがあった。	間違えそうな薬品は引き出しに付箋などを貼り、注意を促すようにした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「KN」		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。
84	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 2錠 1日2回朝・夕食後 28日分 56錠をペポタスチンベシル酸塩錠5mgと見間違えて56錠調剤してしまった。	普段ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが分2で処方されることがほとんどないため、分2=ペポタスチンベシル酸塩錠5mgと思い込んでしまった。	処方せんの確認を徹底する	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペポタスチンベシル酸塩錠5mg「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。
85	事務員が入力時一般名のベタヒスチンメシルをペポタスチンと見誤ってしまい、そのまま本人に交付後投薬薬剤師が気付いた。	十分な確認をしていなかった	全ての作業工程でしっかりと確認する。	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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	ベタヒスチンを出すべきところベポタスチンを手に取ったが、患者投薬前に気づいた。	不注意	めったにでないベタヒスチンの箱にベポタスチン類似の注意事項を記載。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	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。
87	17時ごろ定期薬の処方箋持参。もう一人の薬剤師は別の患者の処方薬の多い60日分一包化を対応中であったため、処方箋を受け取った薬剤師が調剤監査を行い交付。ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」が処方のところ、ベポタスチンベシル錠10mg「タナベ」を調剤、患者に交付時に患者より「いつもと色が違う」と指摘あり。患者には正しいお薬を交付した。	もう一人の薬剤師は別の患者の処方薬の多い60日分一包化を対応中であったため、一人薬剤師の状態になり確認が不十分だった。またベタヒスチンとベポタスチンの音の響きが似ている為常日頃から間違えないよう注意する薬剤としてリストアップされていたにもかかわらず間違えてしまった。	改めて名前が間違いやすい響きの薬には相手の薬名をはり「〇〇と間違えないこと」と書いて札をつけた。またお渡しする患者名も添付して注意喚起を行った。	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。
88	一般名処方 ベポタスチンベシル酸塩錠10mgをベタヒスチン酸塩錠6mgと思ひこみ調剤 交付前の監査にて誤りが発覚。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mgとベタヒスチン酸塩錠6mgとベトスチンとその後のメシル酸塩錠が同一の為、思い込み調剤が発生したと思われる。	一般名は類似する名称が多く、特にしっかりと確認すること。頻繁に発生するようなら、調剤棚にそれぞれ「ベポタスチン」には「ベタヒスチン」と取り間違い注意と逆も同様に注意喚起の張り紙をする。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「DK」	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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	ペボタスチン(10)タナベをピックアップしようとしたところ、隣に置いてあるベタヒスチン(6)をピックアップしてしまった。頭ではペボタスチンを調剤しているつもりだったが、違う薬剤師が監査時に薬剤のミスに気が付いた。	出勤後すぐの調剤だったため、注意力が欠如していた可能性がある。	商品名と規格を処方せんのコピーに記入して行う。調剤監査機を導入する。	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。
90	類似名称品と誤り、ピックアップしてしまった。ピックアップ作業中に、誤りに当人が気づき、正しいものをピックアップした。	名称類似品。一方は、最近一般名称医薬品を作用していた。	名称類似品のチェックリストに掲載。	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」		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。
91	名称が類似している薬品を取り間違えた	間違えやすい品目が存在する	間違えやすい品目があることを常に認識しておき、その処方がきたら間違えていないか特に見直すようにする。	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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	一般名 ベポタスチンベシル酸塩錠10mgで処方せんに記載のあるところ、一般名 ベタヒスチン錠6mgで調剤。監査、投薬時の説明で見逃し。後日患者本人からの指摘で発覚。飲む前に気が付いた。	一般名が類似しているのもあるが、どちらも同じ耳鼻科から処方されることが多く、頭の中で混同しやすい。またベタヒスチンとあるように抗ヒスタミン薬にありそうな名称間違いが起こった。当事者も経験は十分にあるので、理解不足というは無く、頭の中で混同した。	単純に、薬品棚の場所を離し、区別しやすいようにタグ付けした。薬情の写真と実際の医薬品を照らし合わせを行う。	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「テバ」		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。
93	類似した薬を間違えて調剤した。患者本人がいつもと違う薬であることに気づき服用せずに交換できた。	多忙でも薬をきちんとチェックするようにする	必ず処方薬と調剤した薬を丁寧にチェックする	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「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。
94	一般名でベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mgを処方されており、名称類似のベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」をピックアップしていた。確認不足であると思われる。	レセコン入力後のピックアップなどで、薬品名、規格、メーカーまですべて確認してピックアップ。	名称類似の注意喚起	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「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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
95	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg 2錠 分2の処方に対して、調剤者がペタヒスチンメチル酸塩錠6mgにて調剤を行った。その後監査者により誤りを指摘され、正しい薬であるペボタスチンベシル酸塩錠にて調剤を行った。	調剤者は直前にペタヒスチンメチル酸塩錠の処方を調剤していたために、思い込みで今回もペタヒスチンメチル酸塩錠を調剤してしまったと考えられる。	&#32363;忙時でも落ち着いて処方箋を確認し、特に薬品名、剤形、規格をしっかりと確認してから調剤を行う。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペ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ペ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。
96	ペボタスチン処方のところではペタヒスチンを投薬してしまい、患者からの連絡により発覚。服用前のため交換へ伺った。	ピッキングの際に取り間違えたか棚に混ざって入っていたかわからないが調剤の際に気づくべきであった。	取り間違えた2剤のうち1剤を棚下部にある引き出しへ保管場所を移動した。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工」		ペボタスチンベシル酸塩とペ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。
97	患者様にペボタスチンベシル酸塩錠10 2錠 2×朝夕食後 28日分をお渡しするところ、間違えてペタヒスチンメシル酸塩錠をお渡ししてしまった。患者様より後日8/17朝8:15に薬剤情報と実際交付された薬品名が違うとお電話をいただき、発覚。薬は手持ちがおりだったため、まだ服用されていなかったということで健康被害はない。	薬品名が似ていること。薬の位置が棚の上下2段違いで近かったこと。忙しい時間帯であったことが重なったと思われる。	ペタヒスチンメシル酸塩錠はほかの患者様にもよく出るのでそのままの棚の位置のまま。ペボタスチンベシル酸塩錠はこの患者様だけの薬なので引き出しの中に移動させ、位置をかなり離れた。必ず調剤、監査別の薬剤師は引き続き徹底させ、監査しながら印つけ、声での確認を行うこととした。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペ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ペ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。

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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
98	混雑時、事務員によるピッキングのあと、監査時類似した名前の薬を見落とした。投薬時もコロナワクチンの副作用について話されていたので、注意を怠ってしまった。	混雑時で気持ちが焦っていた。また類似した名前の薬で注意すべき薬として認識していなかった。	類似した名前の薬で注意すべき薬を、常に注意できるよう、リストを貼っておく。混雑時こそ平常心を保てるよう心掛ける。	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「トーワ」		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。
99	ペボタスチンで一般名で記載されており、本来であればペボタスチン10mg「日医工」で調剤するところ誤ってベタヒスチン6mgで調剤。	名称の類似の為知識と判断不足	類似薬の注意喚起監査機器の使用	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」		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。
100	ペボタスチン錠が処方されたところ、ベタヒスチン錠をピックしていた。鑑査時に分2のペボタスチンに対して、分3のペボタスチン錠があることにピックことに投薬前に気付いて修正した。	ベタヒスチンの一つ下の棚にペボタスチンが設置されていた。また、色分けもされていなかった。	両剤の間にスペースを空け、色分けを実施。また、用法が異なるため両剤の勉強会を薬局内で実施した	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工」		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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
101	一般名処方のベポタスチンとベタヒスチン類似薬品名の間違いでピッキングしたもの。	薬品一般名の類似による取り間違い、規格の確認が不十分	薬品名の拡大表示・薬効(めまい・抗アレ)表示記載	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「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。
102	一般名称のベタヒスチンメシル酸塩錠が処方されている所、ベポタスチンベシル酸塩錠で調剤してしまった。	2月で花粉症が流行していたので、一般名称の確認不十分で思い込みによりベポタスチンを調剤してしまった。採用メーカーも共に日医工だった為、思い込みで拍車をかけてしまった。	規格までしっかりと確認していれば直ぐに築いたミスである。処方箋を思い込みで調剤せずに、末端の規格までしっかりと確認してから調剤を行う。	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」		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。
103	メリスロン錠の後発品(一般名)「ベタヒスチン」を投薬しようとして「ベポタスチン」をピッキングしてしまった。	名称の類似と、発音、文字数の類似によるミス。	効能効果の明らかな違いがあるので、患者の症状を聞き取ることも重視する。	メリスロン錠6mg	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
104	処方箋に新規でベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TCK」2錠分2朝夕食後の記載があり服薬ケア時めまいなどの症状を伺ったところアレルギーによる鼻水の症状で薬を依頼したとの返答。疑義紹介しベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」の間違いであることが発覚。	名称類似で記載間違いの可能性あり。	新規薬は必ず症状を伺い用法的にもあっているか確認の上交付する。			ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TCK」 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。
105	ベタヒスチンの処方であったが入力がベポタスチンとなっているのに気が付かず、薬袋・薬情を訂正せずベタヒスチンを投薬。当日の薬歴記入時で間違いに気が付きtelにて謝罪。後日返金、正しい薬袋・薬歴をお渡しした（後日でよいとの了解得て）	薬袋・薬情を確認せず、患者本人も経験薬であったため薬品を見て了解して帰られた。	薬袋・薬情も確認。投薬時もすべてを患者の前で確認しながらお渡しする。			ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	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。
106	ベタヒスチンが処方されていたが、話を伺うと眩暈は全く無かったので疑義照会→ベポタスチンの処方間違いである事が分かった	良く似た薬剤名であり、処方時に選択ミスがあったものと思われる	投薬時、症状を聞いたことで誤薬を交付せずすんだ			ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TCK」	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
107	前回と同じ処方だと思い、DO入力。実際は一般名) ロフラゼブ酸エチル 1mg 昼食後が処方されたが、一般名) ロラゼパム錠 0.5mg 寝る前で入力していた。調剤者もそのままピッキング。鑑査者が間違いに気づいた。	前回と同じ処方だと思い込んで、DO入力した。一般名での処方です。似ていた為、入力通りで調剤。処方箋との照らし合わせもしなかった。	一般名入力の際は特に気をつける。思い込みをなくす	メイラックス錠 1mg	ワイボックス錠 0.5		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。
108	メイラックス錠 1mg、分2×1錠、14日分が処方。調剤補佐がロフラゼブ(1)を10錠ピッキングし、薬剤師が半錠にした。4錠不足に気づき、4錠ピッキングを依頼。調剤補佐が、ロラゼパム(1mg)を4錠ピッキングし、薬剤師に渡した。薬剤師は、ロラゼパムを半錠にしたが、錠剤に割線があることに気づき、不足分が出された薬が、ロフラゼブではない事に気づいた。	調剤補佐の作業中に、臨時処方が入った。ピッキングの数を間違えてしまった焦りと、ロフラゼブとロラゼパムと類似の名前であることからピッキングミスをした。ピッキングミスをした時、慌てずに、再度、処方箋内容を確認する。不足分の追加の薬剤の薬剤名、規格などのチェックの徹底を行う。	仕事量も多く、忙しい時こそ、チェックを確実にする。監査し間違いを発見した時、もう1度処方箋を見直し、処方内容と調剤薬があっているかを確認する。ダブルチェックの徹底。	メイラックス錠 1mg	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。
109	ロフラゼブ酸エチルのところロラゼパムと取り違い払い出した。	処方内の漢方薬も不足していて、慌てていた。	患者様と確認し出庫する。	ロフラゼブ酸エチル 1mg	ロラゼパム 1mg		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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
110	ロラゼパム錠1mg サワイを服用していた患者さんがロフラゼパム錠1mg サワイに変更になっていたのに前回と同じロラゼパム錠1mg サワイを用意してしまった。	当時、ロフラゼパム錠1mg サワイは在庫しておらず前回と同じ物の名称変更だと勘違いした。	ロフラゼパム錠とロラゼパム錠があることを全員で確認し間違えないように付箋を付けた。	ロフラゼパム錠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錠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。
111	一般名処方の処方せんを確認し、「ロフラゼパム錠1mg」と記載してあるところを、「ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」」を患者に投与。後に、処方せんの見直しと在庫チェックの段階で事務員から指摘されて、間違えて投薬したことに気づいた。直ぐに患者に連絡して自宅に交換に伺った。服用前出会ったため健康被害等も無かった。	一般名処方の処方せんを確認した段階で、「ロフラゼパム錠1mg」と記載してあるところを、最初の数文字の印象だけで「ロラゼパム錠」と思い込んでしまったため「ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」」を投薬した。また、患者が立て込んでいた為、ダブルチェックの過程を怠ったため。	投薬前のダブルチェックの徹底と、製品の箱に、間違えやすいことを注意する旨、付箋に書いて貼るようになった。	ロフラゼパム錠1mg 「SN」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠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。
112	類似医薬品名の調剤ミス。患者さんが自宅に帰って気づき、持ってきてくれた。	気を抜かない	医薬品に患者の名前を書いた紙をくっつく。	ロフラゼパム錠1mg 「SN」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠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。

**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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
113	「ロフラゼブ酸エチル錠1mg」が処方されたところ、同一メーカーで一般名及びシートデザインが似ている「ロラゼパム錠1mg」を患者に交付してしまった。患者が帰宅後に間違いに気づき連絡してくれたため、服用前に薬を交換することができた。	「ロフラゼブ」と「ロラゼパム」はカタカナが似ており規格が同じであった。かつ調剤台の同じ引き出し中で隣合わせに保管してあったため、間違えて調剤してしまった。	同じ引き出し中であっても少し離して保管するか、仕切りを取り付けて別スペースに保管する、または見た目が大きく異なる他メーカーの製品を採用するべきであった。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」		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。
114	ロフラゼブ1mg 1.5錠 分3で処方されており、誤ってロラゼパム1mg 1.5錠 分3で調剤をした。一包化しており、ほかにも数種薬剤が一包化の中に入っている状況。交付後に薬局内の在庫チェックで数が合わなかったため調査をしたところ判明した。	名称が似ており、形や大きさに色も似ており、薬も同系統の薬で流してしまった。半錠にしたことでさらに判別が難しくなっていた。また、監査機を採用しており一度それを通してことで油断があった（半錠は手動判別）。	分包する際にはヒートのカラをしっかりと確認する。半錠の監査の際はしっかりと刻印を見極める。	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。
115	一包化の患者さんで、ロフラゼブ酸エチル錠1mgが出ていたところ、ロラゼパム錠1mgを調剤していた。毎日、閉店時に向精神薬を数えておりその際に薬を間違ってお渡ししている事が判明した。翌日、患者さんに電話をしまだ服用していない事を確認後、間違ってお渡ししていた事を謝罪し、調剤し直してお渡した。	向精神薬の引き出しで、薬品名が類似している薬が隣同士にあり気付かずにそのまま調剤してしまった。	薬品名が類似している薬は、隣同士ではなく離して置くようにし、また一包化をする前には調剤した薬を別の薬剤師に確認してもらうようにする事。	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。

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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	ロフラゼブ酸エチルで調剤すべきところロラゼパムで調剤してしまい、監査で発見した。	7錠と少量でシートの薬剤名が見えにくく、棚番も近かったため。	棚位置を工夫する。監査機器がバーコードを読まないものは注意するよう目印をつける。	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。
117	一般名にて、ロラゼパム錠0.5mgとロフラゼパム錠1mgがでていたが、名前が類似していたために、ロフラゼパム錠1mgをロラゼパム1mgと勘違いして入力。監査時に、発見したため、交付前に気が付くことが出来た。	一般名処方による、成分名の類似が原因。またロラゼパム錠にも、ロフラゼパム錠にも1mgの規格があるため入力時に気が付くことが出来なかった。	一般名処方の際は名前が長く似ている薬が多いため特に注意して処方箋を見るようにして、ぶつぶつと声に出したり、一文字ずつの照らし合わせが必要である。また同じ薬が規格違いでも2回記載があるときは、一度立ち止まって考えることが大切。	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。
118	ロフラゼブ酸エチル錠1mgを取るところ、ロラゼパム錠1mgを取ってしまった。その後、別の薬剤師が間違いを指摘してくれ、正しい薬剤と取り換えることができた。	同じ棚の隣同士に二つの薬剤が並んでいたこと。薬剤師の知識不足によるもの。	二つの薬剤の保管場所を離す。取り間違いをしやすい薬について薬局内で情報共有する。	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。

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  
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	薬局が混んでいたため、調剤業務外の業務をしていた薬剤師が調剤を手伝った。その際にロフラゼブ酸エチル1mgとロラゼパム1mgを取り違えて調剤。その後、監査後一包化、その後一包化の監査を行ったが間違いを見つけることができず、投薬してしまった。翌日の向精神薬の棚卸し、理論在庫とのずれがあることが判明。患者様に連絡。まだ服用しておらず、正しく一包化したものと取り換えた。	混んでいたため、焦ってしまい、薬を取り違えた。医薬品の名称、包装が似ているため、気づくことができなかった。医薬品の在庫場所が普段と違った。	医薬品の在庫場所を一定にすることを徹底。処方された医薬品名称を音読、調剤した医薬品名称を音読、間違っていないかの確認の徹底。	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。
120	ロフラゼブ酸エチル錠1mgを調剤すべきところ誤ってロラゼパム錠1mgを調剤し、鑑査でも気付かず投薬に至った。患者様は薬が変更になったものと思い服用を続け、次月調剤の際に薬がもとに戻ったことで気づいて連絡をくださった。	名称類似による取り違え。規格も同一だったため鑑査でも気付かなかったと思われる。	薬情などとの照らし合わせも含めて鑑査を徹底していく。	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。
121	【般】ロフラゼブ酸エチル錠1mgが処方されたところ、ロラゼパム錠1mgを調剤・投薬を行った。後ほど患者さんから連絡があり発覚した。	名称や薬効が類似しており、普段からも間違えやすいという認識はある。	もともとは該当2剤は名称が類似しているので薬の棚を離しているが、さらに類似薬注意を促すように色を加えて目立つようにする。	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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	ロフラゼブ酸エチル錠1mgのところロラゼパムでレセコン入力。鑑査機もすり抜けてしまい、誤投薬。	総合病院の処方箋でQRコードがついてなかった。レセコンへ誤入力してしまい、鑑査機もすり抜けた。事務員が気づき即座に電話、薬を持ってきてくれたので、謝罪交換。	処方箋に基づく調剤の徹底。	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。
123	(般) ロフラゼブ酸エチル1mgで処方されていたが、ロラゼパム1mgでピックアップされていることに鑑査時に気付かず、投薬時にも、患者と錠数等確認は行ったが気付かず、そのまま渡してしまった。後日患者から連絡があり、間違えに気づき、取り替えに行った。	薬品名が類似しており、確認不足。	薬品名が類似している薬剤は、棚を離して置き、薬品名を大きく記載。鑑査時も、処方箋内容をしっかり確認し、交付時も患者と処方箋を確認しながら、薬剤を確認する。	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。
124	処方にはロフラゼブ1mgとなっていたものをピックアップの際にロラゼパム1mgが取られており鑑査した者がそのままその間違いに気付かず患者様にお出ししてしまった。在庫が合わないことで間違いに気づき幸い、服用される前に回収・交換が行われ事なきを得た。	大変忙しい時間帯に非常に重い処方でもかつ後回しできる処方箋として応需しており他の作業が間に挿し挟まり受付から投薬にまで3時間くらいかかっており鑑査も膨大な量の薬剤があったために集中力に欠いたことが要因と思われる。	一度鑑査作業に入った者ではできない限り作業を中断せずその業務に専念できるように周りも人間がフォローするようにまた、それが可能になるシフトの構築を心がける。	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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
125	ロフラゼブ酸エチル1mgを調剤するところロラゼパム1mgを誤って調剤交付した。	名称が類似する医薬品が同じ場所に在庫してあったため誤って調剤交付してしまった。	名称類似医薬品の周知徹底すること。箱に注意書きをしてミスに気が付くようにする。	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。
126	一般名でロフラゼブ酸エチル錠1mgの処方があり、ロラゼパム錠1mgが調剤されていた。鑑査、投薬する際に確認があまくそのまま投薬してしまった。	いつもと同じ処方内容であることで慢心があり確認不足。また名称やシートデザインが似ていることも間違いにつながったが、ロフラゼブ酸エチル錠のほうが目立っているにもかかわらず、シートデザインに違和感を感じながらも再確認をせず投薬してしまった。	調剤時の取り間違えを防ぐため、双方のパッケージに注意喚起の付箋を貼った。スタッフ全員に名称類似の注意喚起をした。必ず鑑査システムを通すこととする。	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。
127	ロフラゼブ錠が処方されている所、ロラゼパム錠を調剤しお渡ししてしまった。後日、患者本人が入力されている薬と名前が違うものが渡されていると気づき、来局されて発覚。一度服用されており、正しい薬剤をお渡しし、謝罪した。主治医にも報告した。	一般名で処方されており、名称が類似しているため、勘違いしてしまった。ダブルチェックでも気付かず患者へお渡ししてしまった。	名称が類似しているものは棚の置き場所を離し、処方せんを確認したときには規格などに鉛筆などでチェックをすることで薬をきちんと認識させる。また、ロラゼパムを先発のワイパックスへの切替も検討する。	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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	<p>普段よりメイラックス錠 2mg の処方をしてGEであるロフラゼパム錠 1mg を 2錠でお渡ししている。今月よりレセコン変更しており、先月の情報が分からず 2mg 1錠で入力。監査者が薬歴を見て 1mg 2錠で入力訂正し調剤。その際、名称の類似してロラゼパム錠 1mg を調剤し監査してしまったが、ピッキングシステムを使わなかったため間違いに気づかなかった。投薬時、患者からのいつもと違うとの指摘によりミスが発覚。その場でロフラゼパム錠 1mg に調剤し直し交付となった。</p>	<p>入力訂正、調剤、監査とそのまま行ってしまったこと。調剤ピッキングシステムを使用しなかったことが原因。</p>	<p>ロフラゼパム錠 1mg とロラゼパム錠 1mg との境に仕切りを付け、それぞれの箱に注意を促す札をつけた。</p>	<p>ロフラゼパム錠 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パム錠 1mg 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>
129	<p>類似薬品で、ピッキングミスをおこしました。</p>	<p>同じく、向精神薬、規格、包装、会社名など似ていて、品名の最初が、同じ文字で始まるため、同じ場所に隣同士で保管してました。</p>	<p>薬歴のメモ画面にも、個別で取り間違い注意のメッセージを記載しました。</p>	<p>ロフラゼパム錠 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パム錠 1mg 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>

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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
130	ロフラゼブ1mg「サワイ」の棚にロラゼパム(1)「サワイ」が納品されており、薬剤が混ざっていた。調剤時発覚。	名称が似ており、ロフラゼブ(1)「サワイ」が棚、ロラゼパム(1)「サワイ」とロフラゼブ(2)「サワイ」が同じ引き出しに棚番設定されていた。	棚に名称類似注意とシールを貼る、ロラゼパムとロフラゼブの場所を離す。	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	一般名処方ロフラゼブ酸錠1mgのところ、ロラゼパム錠1mgを調剤、渡薬前に発覚。	入力は正しく行われていたため、ピッキングサポートシステム使用しエラーとなった。その際薬剤取り違いであることに気が付かず、薬剤師2名による調剤時ダブルチェックを行ったが、誤調剤となった。	バーコード変更の報告があればすぐ更新し、つねに最新の状態を維持する。名称類似に対して、調剤棚に注意喚起のメモを設置する。	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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	定期的に来局される患者様。ロフラゼブを含め3種類の薬を服用。今回そのうちの1種類が夕食後から就寝前に用法が変更されていたことなどに気を取られたのか、処方箋記載のメーカー名が「サワイ」であり本来は「トーワ」のロフラゼブを調剤しなければいけないところ、「サワイ」に気を取られたのかロラゼパム「サワイ」で調剤してしまった。処方入力の手務員はロフラゼブ「サワイ」で入力してしまっていた。数時間後、管理薬剤師と事務員との会話の中で間違いを発見しすぐに患者様へ電話連絡ののち、自宅へ取り換えに行き事なきを得た。	ロフラゼブとロラゼパムは「ロ」から始まる5文字ということだけで取り違えてしまっている。しかもミリ数も異なったものを渡してしまっている。普段、その患者さまに対応している管理薬剤師が外出中での出来事であり、薬局内が多少なりともイレギュラーな空気になっていたのかもしれないが、それで済まされることではない	薬の配置場所の再確認をすべく限られた患者様にのみ出る薬については、薬の箱に「〇〇様用」のような記載をする。薬局内の後発医薬品のメーカーの把握ができるよう、一覧を作成する	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「トーワ」	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。
133	ロフラゼブ錠1mg 「トーワ」が処方されているところに、ロラゼパム錠1mg 「サワイ」でお渡し。	名称が似ていることから、思い込みで調剤してしまい、監査時の確認が不十分になってしまった。	処方箋、薬情、薬歴による監査の徹底。薬歴に注意のコメントを入力する。抗不安薬に限らず、名称が似ている薬品は十分に監査する。	ロフラゼブ酸エチル錠 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。

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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
134	調剤のピッキング時に本来であればロラゼパム錠1mg「サワイ」を誤ってロフラゼブ錠1mg「サワイ」で調剤。	薬剤の名前の類似及び調剤者の知識不足	調剤監査機器を通してミスを未然に防ぐ。類似薬についての注意喚起を行う。	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。
135	ロラゼパムの処方のところロフラゼブで調剤してしまった	同一処方内の薬の疑義照会に注意が取られ、忙しい時間帯だったので確認がおろそかになってしまったと考えられる。	忙しい時間であってもおちついて確認をするようにする	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」		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。
136	ロラゼパムとロフラゼブの取り違い	名称の類似	棚の配置を別々にし、同じ棚を使用しない	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  
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医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	
137	一般名ロラゼパム錠1mgの処方 で、ロフラゼブ酸エチル1mg 「SN」をピックアップしてしま う。	当薬局ではロフラゼブ酸エチル1 mg「SN」の処方量が圧倒的に 多く、確認を怠ったまま思い込み で取り違えてしまった。同じ向精 神薬であり、配置場所は近い。患 者数が多い忙しい時間帯であっ た。	調剤者・監査者とも、一度ではな く複数回確認すること薬局内ルー ルとする。処方入力と薬を照合す る機器を必ず利用する。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 「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。
138	処方箋には一般名でロラゼパム錠 1mg 1錠 分1就寝前 28日分 と記載されていたが、ロフラゼブ 錠1mgをピックアップしてしま った。調剤中に自分で気づきロラゼ パム錠1mgをピックアップし直し た。	名称が似ていたため間違えた。混 んでいたため焦りが生じた。	該当薬品の調剤棚に「名称類似薬 あり」と記載したラベルを貼っ 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。
139	前回と同じく頓服薬としてロラゼ パム錠1mg「サワイ」が処方さ れていましたが、名称が似ていた ロフラゼブ酸エチル1mg「サ ワイ」を誤って交付してしまいま した。薬歴記入時に気づき交換しま した。	他の患者様の服薬指導と重なり、 忙しくうっかりして交付ミスをする。	薬局の手順書を厳守して交付前に きっちりと監査する。	ロラゼパム錠1mg「サ ワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1 mg「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。

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  
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
140	薬剤の取り間違い	繁忙時で同じ棚の列にあったため	棚を変更	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1 mg 「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。
141	ロラゼパム 1 mg を、ロフラゼパ酸エチル錠 1 mg と取り間違えた。一包化の際にピッキングを行っていない他の薬剤師が誤りに気がついた。	五十音順に薬が配列されている。	ピッキングを行う人と、一包化を行う人を異なる人にする。	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1 mg 「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	ワイパックス錠 1 mg の処方に対し、ジェネリックでピッキングしたが、ロラゼパム錠とロフラゼパ錠と名称が似ており、間違えてピッキングを行った。鑑査者は、調剤システムを使って鑑査し、エラーメッセージとともに間違いに気づき、調剤者に確認し変更した。	向精神薬では、成分名が似ている薬剤が多く、非常に間違いやすい。先発品であっても併売で二種類の薬剤が存在する場合がある。	今回、ロラゼパムとロフラゼパに関しては、それぞれの薬剤の先発品の薬剤名と紐づけをして、薬剤を在庫している引き出しに表示を行った。	ワイパックス錠 1. 0	ロフラゼパ酸エチル錠 1 mg 「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。

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  
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医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	
143	後発品希望の患者さまで、ロラゼパム錠1mg「サワイ」30錠をお渡しするところ、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」30錠をお渡ししてしまいました。	処方箋監査がたまっており、早くしなければと焦ってしまい、注意力が散漫になってしまいました。	忙しい時ほど落ち着いて、一薬剤ずつ声にだし、ピッキング、監査をします。監査時は手順通り、処方箋とともに、調剤録との照合も行います。投薬時は、薬剤情報（写真付きの説明書）を示しながら患者様といっしょに確認してもらいます。今現在、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」はヒート棚に箱から出して入れ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」は、引き出しのままと区別できるようにしていましたが、付箋などを付けて、さらに注意を促すようにします。			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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
144	テオドール錠200mg1日2回朝夕食後1回1錠の処方であったが、患者への問診の結果喘息の症状はなく、神経痛での受診であったため疑義照会したところ、テオドール錠200mgはテグレート錠200mgの間違いであったと判明。	電子カルテで薬剤名の入力をする際に頭文字から検索するが、似た名称のため検索結果に同時に表示され誤った選択をしたものと考えられる。	投薬に際しては患者と症状や受診理由を聞き取りした上で、処方された薬剤の確認を行うこととしている。	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。
145	もともと、他で喘息の吸入等使用している患者さんだったので、テオドールで調剤し、投薬に行ったが、話をきくと、三叉神経痛とのことで、テグレートとの入力間違いを疑って疑義照会した。	電話で疑義照会したときに、事務さんが医師にききにいていたので、カルテの記載が間違っていたか、読みにくかったか、どちらかが原因と思われる。規格が共に200mgで、テから始まり、伸ばし棒 (-) のある薬剤名だったので、間違えた可能性がある。	いつもと違う薬や、新規薬が処方された場合は、よく患者さんに話をきき、その薬で間違いはないか、確認をする。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
146	いつもは院内処方が出ていたが、今回より一包装するため院外処方。初回アンケートより疾患名が高血圧とあったが、一般名処方カルバマゼピンが処方されていた。お薬手帳を確認した所、院内ではテオドール100mgが普段は処方されていたので院外処方せんを発行する時にオーダーングで「テオドール」と「テグレート」の薬品選択を誤ったと考えられた。医師に疑義し確認。処方是一般名カルバマゼピンからテオフィリンに変更になった。	一般名処方ではカルバマゼピンとテオフィリンと全然違うがオーダーが先発品名から薬品を選択するシステムであったので、薬品選択を誤ったと思われる。	院内処方がメインのクリニックからの処方箋を承る時は、特に注意して初回患者面談を行う様になっています。	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。
147	前回から息苦しさの訴えにて他剤処方あったが、今回新規でカルバマゼピン錠100mgの処方があり患者の症状を確認したところ噛み合わなかったため疑義照会した。その結果、テオフィリン徐放錠100mgに変更となった。	商品名のテグレートとテオドールが似ていたため選択間違えと思われる。	患者の聞き取りを行い、新規薬の適応を確認する。	テグレート錠100mg	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  
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似)

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	
148	咳が続いている患者に喘息薬が数種類処方された。その中に【般】カルバマゼピン200mg (テグレート) 2錠 分2の処方があった。薬を取りに来た患者家族に尋ねても痙攣やしびれ・痛みなども無いとのことで、問い合わせを行い、テオドール錠200g 2錠 分2 の処方に変更	テグレート (般: カルバマゼピン錠200mg) とテオドール (般: テオフィリン徐放錠200mg) の入力間違い頭文字の「テ」と規格200mgで検索し、誤入力したものと思われる。	名称類似による間違いだけでなく、処方意図からもおかしい部分を見つけられるよう知識をつけ、患者インタビューも適切に行う。	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	SLEのためプログラフカプセル処方。本人希望によりGEのタクロリムスカプセル1mg「ファイザー」へ変更してお渡ししていた。2/25 グラセプターカプセル1mg記載の処方せん持参。併用薬より移植関連ではなくSLEと判断。お薬手帳によると2/18退院時処方としてグラセプターカプセルが処方になっていた。グラセプターは移植関連のみの適応のため疑義照会。その際DrよりグラセプターにSLEの適応があるのでグラセプターで処方するよう指示。その後すぐにDrより折り返しの電話があり、グラセプター→プログラフへ変更するよう指示。患者へは、まだお渡し前であったためプログラフへ変更してお渡しすることができた。	プログラフカプセルの処方をGE希望のためタクロリムスカプセルへ変更していた。入院中より処方原因不明だがグラセプターでの処方へ変更いなりグラセプターを服用していた。病院内にはタクロリムスカプセルの採用がないことから、プログラフカプセルを処方すべきところをタクロリムスカプセルで処方してしまったと考えられる。	適応症と併用薬の確認疑義照会で医師の回答がおかしいと感じた際は、その根拠等をしっかりと確認する。	グラセプターカプセル1mg	タクロリムスカプセル1mg「ファイザー」		グラセプターとプログラフは一般名が同一であることによる薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は製剤的特徴が異なること等について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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	初診でいきなり、眠前薬30日分処方 方が疑問なのでご本人に問い合わせると マイスリー錠を希望したとのこと。クリ ニックに連絡して薬品名の入力間違いが判 明。マイススタン錠10mgからマイスリー錠 10mgに変更。ご本人に確認すると以前、 マイスリー錠10mgの服用歴があり、外観 の違いも確認できた。	処方元での薬品名の入力間違い。カルテ との摺合わせ未確認の可能性。	初診の場合は特に症状、服薬歴、処方日 数を患者様と確実に確認し複数薬剤師と 協議する。	マイススタン錠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。
151	以前から睡眠障害のためマイスリー錠5mg 服用してたが今回からマイススタン錠10mg 変更本人に症状を聞いてもんかん要因ない ことから薬の増量の疑いあり、TELにて 処方内容確認マイスリー10mgへの変更 後患者に説明確認後調剤に至る	クリニック側でコンピューター入力時最初 の文字”マイス”と用量の”10mg”のみ の確認で選んでしまったものと思われる。	向精神薬で名前が似てるため間違えやす いすりなので薬局内で注意するとともに、 普段の患者とのコミュニケーションも大事 だと思います	マイススタン錠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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
152	不眠の訴えのある患者に対し、「マイスタン錠10mg 1回1錠 10回分 眠れない時服用」が処方された。しかし、マイスタン錠の適応症はてんかんであり、入眠困難改善に使用される薬剤ではない。この処方、名称類似の「マイスリー錠」との処方間違いの可能性が考えられたため、疑義照会を行った。結果、マイスタン錠は処方中止となり、「ゾルピデム錠5mg 1回1錠 10回分 眠れない時服用」が追加となった。	薬剤の名称が類似しており、処方時に、マイスタン錠を選択している事に気が付かなかった可能性がある。	薬局での取り組みは以下の2点である。 ・処方された薬剤の名前・用法用量、及び患者の訴えと、添付文書の内容が合致しているか、必ず確認する。 ・今回のような事例が発生した場合、薬局内で情報を共有し、同じような間違いに気が付けるようにする。	マイスタン錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg 「DSEP」		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。
153	マイスタン錠10mgの処方箋の患者さんが来局。この患者さんは他にてんかん薬などは服用しておらず、マイスタン錠10mgの添付文書には他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかんの際に他のてんかん薬との併用との記載があり、疑義照会をしたところマイスリー錠5mgに変更になりました。	マイスリー錠5mgとマイスタン錠は類似名称であり、間違えて入力したと考えられる。	類似名称などは特に注意する。	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
154	お薬手帳を確認したところ今回の処方内容は先月別のクリニックで処方された内容の継続処方と思われる内容だった。1点だけ前回と変更となっている薬剤があった。マイスリー錠10mgがなくなり、マイスタン錠10mgが処方されていた。患者に体調の変化など確認したところ特に変わりがないし、薬が変わるということも聞いていないとのこと。疑義照会の結果マイスタン錠10mgではなくマイスリー錠10mgとなった。	薬剤名が似ていた為と思われる。	お薬手帳を確認し、薬剤が変更・追加になっている場合には体調の変化について患者に確認をする。	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。
155	初めて来局の患者様。マイスタン錠10mgが不眠時頓服で処方されていました。適応は他の抗てんかん薬が有効でなかった場合のてんかん治療であり、用途が適切でない判断。また、お薬手帳を拝見するとゾルピデムの処方歴あり。先発品のマイスリーと名前が類似していたので疑義照会。マイスリー10mgに変更になりました。	名前の類似による処方ミス	処方監査をしっかりと行い、類似薬や複数規格に注意を払う	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
156	初来局の患者。マイスタンが処方になっていた。てんかんもなく、不眠で使用すること。疑義の結果マイスリーに変更。	薬剤名の類似、処方内容に確認不足	投薬時に状態を確認しながら投薬を行なう。	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。
157	患者は診察時に、処方医にマイスリー10mgの処方を要望した(他科で使用歴あり)。処方医はそれに従ってマイスリー10mgを追加したようだが、実際の処方上にはマイスタン10mgと記載されていた。薬剤交付時に、患者の症状等確認した際に、処方誤りが発覚。疑義照会し、処方変更になった。	薬剤名が類似していることによる、処方誤り。処方入力時の予測変換誤り。	患者症状の確認の徹底。マイスタン10mgは2重監査薬に指定。	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。
158	当薬局利用2回目の患者。前回来局時はベルソムラ錠10mg(寝る前1錠)が処方されていたが、2回目来局時には、マイスタン1mg(寝る前1錠)が処方された。患者本人から、不眠で受診している経緯や、てんかん罹患歴がないことを聞き取り、誤った薬が処方されていると推測されたため、疑義照会。マイスリー10mgに処方変更になった。	頭3文字と規格が同じだったため、誤って入力されたよう。	過去の薬歴や患者からの聞き取りなど、処方せん以外からも情報を収集し、処方内容に間違いがないかを確認していく。	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	従来より心療内科で処方のマイスリー10mgを当店で交付している。当該心療内科が他の医院と合併移転し、移転後初の来局。処方医は変更ないがマイスリーが削除、マイスタン10mgが初処方となっていた。患者さんに確認した所、「前回と同じはず」との事で、疑義照会。マイスリー10mgに変更になった。	クリニック移転により、移転前の処方内容を再度入力し直しているようである。その際、類似薬品名の入力間違いを起こしたと推測する。	事例の共有。類似薬品での入力違いが今後も発生するリスクあることを職員に周知。	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。
160	マイスタン錠5mgが処方されていた。患者様は変更については聞いていないとのこと。→疑義照会を行いマイスリー5mg錠に変更	規格とマイスの頭文字が同じで名前や規格なる維持による誤りと考えられる。	処方変更時の、患者様との内容の確認。	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。
161	定期で服用している薬に追加で、マイスタン錠5mgが処方された。患者より情報を聴取したところ、マイスタン錠の追加が不適切に思われたため、疑義照会を行った。結果、マイスタン錠5mgはマイスリー錠5mgの誤りであることが判明した。	処方元医療機関の処方せん確認不足。	薬剤の変更、追加、中止などがあつた場合は、患者から適切に情報収集を行う。患者から得られた情報と処方内容に食い違いがあれば疑義照会を行う必要がある。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
162	今回新規患者がマイスタン5mg 1錠就寝前服用14日分の記載のある処方箋を持参した。他剤はザイザル錠・リンデロンV G ローション・ヒルドイドフォームだったこと、マイスタンの用法が眠前だったこと、患者聞き取りから眠剤が処方予定だったことを確認出来た為、疑義照会を行ったところマイスリー5mg へ薬剤が変更となった。	ミス、で検索をかけ選択を間違えたと思われる。	名前の似ている薬に関しては特に用法等を確認する。	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。
163	マイスリー5mg が処方されるところ、マイスタン5mg が処方されてしまった。	パソコンで処方入力する際、3文字検索で該当薬品を見間違えてしまった。	薬品の用法用量、薬歴での既往歴等から、薬品が患者に的確であるか判断する。	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。
164	患者が薬を持参されて診察時に医師に見せて処方してもらったそうです。不眠で睡眠導入剤を他院でもらっていたが処方日数の制限あり途中で足りなくなった。それで近隣の医院で処方してもらった。マイスリー錠5mgを医師が間違っ てマイスタン錠5mgで入力されたようです。投薬時に患者がいつもと違うと言われたので疑義照会して医師の処方間違いに気が付いた。	診察待ち患者で混んでいる時間帯であり、名前が類似していること もあって電子カルテでの処方入力を間違ったそうです。	初めて処方された薬については、診察した時の医師との対話内容を聞かせてもらい、検査値や病状を確認してから薬を見せながら説明を行います。疑問点があれば必ず疑義照会するようにする。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
165	婦人科より、マイスタン錠の処方あり。お薬手帳からマイスリー錠とバルプロ酸ナトリウムの服用歴がある事を確認した。投薬中、患者よりてんかんの既往はなく、今回は睡眠薬が出るとの話だったと聞き取り。疑義照会にてマイスタン錠ではなくマイスリー錠に変更と確認した。	頭文字3文字が全く同じ薬な為、処方薬を入力する際に選択ミスを引き起こしやすい。	日頃より、似ている名前の薬は注意するように周知しておく。	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。
166	てんかんの既往歴がない患者に今回マイスタン5mg処方されている。以前マイスリーをお渡しした記録があったため疑義照会し、マイスリー5mgに変更になった。	マイスタン5mgとマイスリー5mgの間違いは名称が似ている。おそらく今回が初めてではないので、病院のシステムが間違いやすいと推測される。	マイスタンとマイスリーは事例報告が上がっているため、新規でマイスタン処方あるときにはチェックするようにしている。	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。
167	新患の患者に対し、マイスタン錠5mgが処方されていた。しかし、新患アンケート及び本人への聞き取りにより、主訴が不眠であることを確認マイスタン錠5mgはてんかんの適応しかないので、薬剤の選択ミスを疑い疑義照会を実施した結果、マイスリー錠5mgを本来処方するつもりが薬剤選択を誤り、マイスタン錠5mgで処方箋を発行してしまっていたことが判明。	類似名称の医薬品のため医療機関側のシステムで薬剤選択の際にミスをしたと思われる。	処方された医薬品と患者の主訴を必ず確認し、処方内容に不備・問題がないかを評価・判断することの継続・徹底。	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
168	マイスリーを継続している患者に対してマイスタンが処方されていた。患者に薬剤が変更になったか確認したところ変更は聞いていないと訴えがあり疑義照会をし間違えが発覚。	薬剤名が類似しているため、処方箋を記載する際に医師が間違えたと考えられる。	名前の類似して、事故が起きやすい薬剤は店舗職員で共有し、周知させる。	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。
169	新患にマイスタン 5 m g が処方されたが、交付時症状に食い違いがあったため疑義照会したところ、マイスリー 5 m g の間違いであった。	おそらくは薬品名の類似による入力間違いと推測される。	服薬指導の際に薬剤の効果と症状に相違がないか確かめる。	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。
170	いつもの薬だけでなく、抗てんかん薬の「マイスタン錠 5 m g」が追加薬されていた。患者にてんかんの既往歴はなく、加えて通常マイスタンは他の抗てんかん薬と併用する薬剤であり単剤では使用しない。さらに患者に聴視した所、「不眠」により薬を出してもらったとのことで、マイスタンと薬品名類似の「マイスリー」との入力間違いではないかと推察された。医師へ疑義照会を行ったところ、正しくは「マイスリー 5 m g」であることが判明した。	「マイスリー」と「マイスタン」の薬品名が類似していることによる、入力間違いであると考えられる。	薬の変更・追加があった場合には、既往歴・薬品の適応・用法を確認し、患者から薬が追加になった経緯を確認する。矛盾が無いかを確認したうえで調剤することで、上記のような問題が発生しないように努めている。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	精神科を受診し、フルボキサミン錠、マイスタン錠5mg 1錠就寝前が処方。同一診療科で処方され得る薬剤であるが投薬で症状を聴取し、脳波検査を受けていない事、てんかんが疑われる所見が認められないことからマイスリーのところ誤ってマイスタンを選択し処方された可能性を感じ疑義照会。結果マイスリー錠5mgの間違いで合ったことが発覚。	名称が類似しているため医師がオーダーリングシステムで誤って選択してしまった	患者からの情報の聴取で気づき得る範囲のため、適切な薬剤が処方されているかを総合的に判断する	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。
172	整形外科より新規処方でマイスタンあり。患者がてんかんであると聞いたことがなく、念のため疑義をかけたところ、マイスリーの間違いであったことが判明	患者に頼まれて、他の科から出ている眠剤を処方したが、入力ミスしたと思われる	新規処方には注意関係ない科の薬が処方されていたら要注意。	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。
173	新規の薬剤でマイスタン5mgが処方。痙攣などあるかを確認。本人は眠れないので眠剤を先生に頼んだとのこと。マイスリーとの検索間違いと思い疑義照会。マイスリー5mgに処方変更になった。	薬剤名の最初の3文字が同じなので検索間違いと思われる。	服薬指導での症状の確認。薬剤の効能、効果、用法用量の説明。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
174	マイスリー錠5mgと他3医薬品を継続的に使用している患者が来局。処方監査を行ったところ、今回はマイスタン錠5mgが処方されており、継続していたマイスリー錠5mgが削除されていた。疑義照会を行ったところ、マイスリー錠5mgへ変更となった。	医薬品名が類似しており、規格も5mgと一致している点から、処方せん作成時における選択ミスが推定される。	医薬品、用法用量などの変更時は、患者とその旨の確認を行う。	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。
175	久しぶりの来局であり、お薬手帳の持参はなく、過去に調剤歴のない処方内容であった。処方監査を終え、調剤にとりかかったところでマイスタン錠5mgの在庫がない事に気付いた。卸に発注をかけたところ、2社併売であったため、どちらを購入するか上長に確認をした。その際に、他剤と併用するはずのマイスタン錠が単剤で処方であることを指摘され、また他に処方されている薬剤をみても抗てんかん治療薬と一緒に処方されている事に違和感を感じた。類似名のマイスリー錠と処方を誤ったのではと思い、患者様に確認したところ、てんかんの診断は受けていないとの事で疑義照会を行った。	医師による処方内容の確認漏れ	用法用量が正しいか、だけではなく今回のように他剤併用で用いられる薬剤である事もあり、その他の情報も適正に把握し処方監査で処方の妥当性を判断する必要があると思った。	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	マイスリー錠10mg分2朝夕食後が処方された患者のおくすり手帳を確認したところ、定期薬としてマイスタン錠10mg分2朝夕食後の記載あり。(マイスリー錠の服用歴なし)疑義照会後、マイスリー錠ではなくマイスタン錠の誤りであったことが発覚し処方変更となった。	他院から転院した患者であり、医師・患者間でコミュニケーションが不足していた。類似名称医薬品であることから医師の入力ミスの可能性も考えられる。	患者側のおくすり手帳の利用促進・薬剤師側のおくすり手帳の確認徹底をおこなう。服薬指導時に疾患を聴取し、処方薬剤が適切であるかどうか漏れなく確認する。	マイスリー錠 10mg	マイスタン錠 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	定期的に、マイスタン錠 5mg を寝る前に服用されているてんかん発作のある患者さんに、寝る前に頓服でマイスタン錠 5mg が20回分追加で処方されていた。以前から寝る前だけの服用である事と、維持量が 10mg ~ 30mg であったため、そのまま調剤し、投薬まで行った。投薬時、患者様より、症状は落ち着いているが、最近眠れないとDrに相談したと訴えがあったため、そこで疑義を行い、マイスタン 5mg からマイスリー 5mg に変更になった。	マイスリー 5mg の選択時、薬品名称を勘違いし、マイスタン 5mg をクリックして選んでしまったとの回答を得ています。	てんかん発作の治療薬で頓服使用する事は、ほぼ無いため、初期鑑査時に発見疑義出来る様、社内で、てんかん薬の勉強を行い、用法用量等の再確認を行った。	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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
178	他院にて定期服用している薬剤（マイスタン）を別の病院にて継続処方される際、服用中の薬剤の名称が異なってマイスリーが処方箋に記載された様子。お薬手帳を確認したところ、薬剤名が異なっていることで問い合わせをかけ、従来服用していた薬（マイスタン）に変更になった。	薬剤名が似ているため、薬剤名の一部推測検索など掛ける際、二～三文字などで入力された可能性あり。また、他院での薬の継続処方であるため、過去薬歴のすりあわせが不足していた可能性があり。	お薬手帳の確認、本人への聞き取り。	マイスリー錠 5 mg	マイスタン錠 5 mg		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。
179	睡眠導入剤であるマイスリーが朝夕での処方であったため、疑義照会にて確認したところ、マイスリーではなくマイスタンの入力間違いであることが発覚。	名称類似による、入力の間違い。	薬の知識、患者様からの症状の聞き取りを充実させることで気づきを増やす。	マイスリー錠 5 mg	マイスタン錠 5 mg		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	他院からの転院した患者であった。患者は情報提供書を持参して受診した。前医院では、硝酸イソソルビド徐放カプセル 20 mg 2 C 2 × 朝夕食後で服用していた。今回、処方元の処方箋は一硝酸イソソルビド錠 2 錠 2 × 朝夕食後で処方された。来局されたときにお薬手帳を持参したため投薬時に間違いに気が付き処方医へ確認を行い硝酸イソソルビド 2 C 2 × 朝夕食後に変更となった。	処方された医薬品の名称が類似していたためと考えらる。	一般名など類似している医薬品名の確認を確実にを行う	フランドル錠 20 mg	アイトロール錠 20 mg		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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	他院からクリニック変更あり。服用していた薬をそのまま出してもらったとの事だが、お薬手帳に記載の薬剤の一般名称と、今回処方された薬の一般名称の違いあり発覚。患者自身は薬の変更などの話は無いとの事で、類似の薬と間違った可能性が高い。	硝酸イソソルビドではあるが、類似な為処方間違ったと思われる。フランドル錠は徐放錠であり、構造上は二硝酸。	イソソルビドの内服は類似の一般名があるので、一硝酸か、二硝酸か、徐放錠か確認を怠らない。	フランドル錠 20mg	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。
182	もともとイソコロナールR (硝酸イソソルビド徐放カプセル20) を服用されていた。(一般名処方) 今回 一般名 一硝酸イソソルビド錠 20mg に変更されて処方箋記載あり。患者に確認するも、変更の話は知らないとの事で疑義照会。薬を変更する意図はなかったことが分かった。	類似した一般名のため間違っていたと思われる。同じタイミングで「イソコロナールR」が「硝酸イソソルビド徐放カプセル」に名称変更されたこともややこしい原因かもしれない。	一般名処方の場合、似通っているものが多いので、しっかり確認する。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	<p>前回まで「〔般〕硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg」が処方されていたが 今回から「〔般〕一硝酸イソソルビド20mg」で処方されており 患者様に確認したところ 変更指示は無かったため医療機関に疑義照会した医療機関の返答は 医療機関PCの入力マスター変更により「〔般〕硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg」の入力ができず「〔般〕一硝酸イソソルビド20mg」になるが前回通り 硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgの処方であるとのことであった</p>	<p>医療機関側が硝酸イソソルビド徐放カプセルと一硝酸イソソルビドを違うものと認識されてないと思われる</p>	<p>処方変更時や薬効類似薬 類似薬品名等に変更時 薬歴チェックと患者様からの聞き取りを十分に行って 処方内容のミスがないか注意する処方医に薬品名類似だが別薬品であることを情報提供し 次回入力時 コメントで実際の処方薬品を記載してもらおうようように要望した</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」</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。</p>
184	<p>一般名処方における取り違え事例前回までは先発名で記載されていたが 今回から一般名で処方箋に記載 一般名に変更するにあたり類似名の薬品を選択してしまったと思われる (一硝酸イソソルビド:アイトロール) 疑義照会しても間違いに気付かず 違う薬品になってしまう事を説明して 元の薬剤で処方してくださいとの回答を得たので変わりなく 硝酸イソソルビド(フランドル)で処方してお渡しした</p>	<p>医薬品医療機器総合機構PMDA医療安全情報の 一般名処方における取り違えの事例にも列記されている事例先発から一般名処方に変更する際の取り違えには注意が必要なので 処方変更なのか 間違いなのか 再度確認が必要(一硝酸イソソルビド:アイトロールと硝酸イソソルビド:フランドル)の確認</p>	<p>先発と明らかに違う一般名処方に記載される時は 処方変更になったのか再度確認(薬歴:患者様とDRのお話も含めて)確認するようにしている疑義照会をして処方変更になったのか再度確認して患者様にも説明してお薬をお渡ししますお薬手帳にも変更になった場合は 変更になったと記載するようにしてる</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」</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>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
185	お薬手帳より今まで一硝酸イソソルビド錠20mgを服用中であることを確認。患者様より、今回から門前病院で処方してもらうことになったと確認。処方箋は硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgが処方されており、一硝酸イソソルビド錠20mgと異なる成分の為、処方医に疑義照会。結果、一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	名称間違い	類似名称の薬は多い為、注意して確認するようにしている。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「ZE」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」		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。
186	大病院からクリニックへの転院の際に処方箋に(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mgと記載されていたが、お薬手帳参照時に以前は一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたので患者本人に確認の上、Dr.に疑義照会したところ、薬剤変更となった。	薬剤名の類似による処方入力ミス	薬剤名が似ているものはピックアップ、特に注意するよう印をつける。転院時は以前の処方と相違を細かくチェックする。	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。
187	かかりつけ医が閉院になったため、転院。転院先の医師の確認不足で一硝酸イソソルビド錠を処方しなければならないところ、硝酸イソソルビド徐放錠を1日1錠、1日2回で処方されていた。徐放錠で分割不可のため疑問に思い照会、処方ミスが発覚した。	転院先の病院の医師が専門医ではないためか、硝酸イソソルビド錠と一硝酸イソソルビド錠があると認識していなかった、また徐放錠が分割不可ということの認識もなかったと思われる。手帳持参もなく、継続薬の確認も難しかった。	新規処方時は処方の妥当性に関して再度確認する。お薬手帳の活用を促す。	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」		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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
188	他院からの転院。紹介状には「一硝酸イソソルビド錠」と記載があり、お薬手帳でも確認。処方せんが「硝酸イソソルビド錠」になっていたため疑義照会して確認、変更となった。	病院が手書きのカルテを使用し、レセコンに入力して処方せんを発行している。紹介状・医師のカルテは「一硝酸イソソルビド」になっていたが入力時に「硝酸イソソルビド」を選択した。	お薬手帳の確認を徹底する	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 10mg 「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	医療機関転院により硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」が初処方の患者であったが、転院前医療機関での併用薬を薬歴管理しており一硝酸イソソルビド錠20mgの服用歴があったため疑義紹介したところ、一硝酸イソソルビド錠20mgの処方間違えであったことがわかった。	類似薬品名の取り間違え	普段より薬品取り間違え防止の点で両剤に意識するよう啓蒙し、類似薬ありの警告をしていることから今回の発見につながったと考えられる。	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。
190	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を服用していた患者が、別の病院で処方もらったところ、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」にて処方された今までと違う薬のため照会したところ、今まで通りの薬に変更になった	医師が医薬品名をしっかり確認しなかったか、処方入力時の選択ミス	病院が変更になったときは、このような間違いが起こりやすいことを念頭におき、処方鑑査を実施する疑問に思った処方、必ず確認する	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」		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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
191	当初、【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mg 1錠 1日2回 朝夕食後で処方されていた。徐放錠は分割調剤不可であるため疑義紹介にて確認。一硝酸イソソルビド錠20mg のミスで、用量も2錠 1日2回に疑義紹介後変更となった。	カルテ記載時、硝酸と一硝酸の選択ミスではないか	今回はお薬手帳持参されなかったため以前の内容が確認取れなかったが、徐放錠の分割調剤が必要な用量出なかったら硝酸イソソルビド徐放錠20mg と一硝酸イソソルビド錠20mg には気付けなかったと思う。今後も不定期来局の方にも継続的にお薬手帳持参促したい。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「トローワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg 「トローワ」		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。
192	患者は花粉症でアレロック錠5mg を服用したことがあり、効果を感じていたので続けて服用したいと思い、かかりつけ医で通常の処方追加を希望したところ、処方箋には(般)シルニジピン5mg が記載された。薬剤師は患者に体調の変化を確認したところ、血圧は異常なく、花粉症の薬を追加してもらったはずということであった。処方医に疑義照会したところ、(般)オロパタジン5mg の間違いであった。	薬品名が似通っていたため処方箋作成時に誤りが生じたと考えられる。	処方変更があった場合は、患者の体調変化を確認し、処方医とどのようなやり取りがあったかも聞き取り確認が必要。	アテレック錠5	アレロックOD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。
193	今回、医療機関を変更して初めての来局であった。患者からの聞き取りによりアレルギーの症状は無く、他医療機関で投薬されていた降圧剤が処方される予定であったことが判明 アレロック錠→アテレック錠	医師又は事務職員が処方入力時に類似名による入力間違いと推定	処方箋受付時や投薬時には、患者からの聞き取りにより処方内容を確認する	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	アテレック(5) 1錠で処方するところがアレロック(5) 1錠で処方あり用法・用量が常用量ではないため、疑義照会し発覚	アテレックとアレロック同じ「あ」から始まり、名称も似た感じにて入力間違いがあったと思われる	処方せん上に記載されている薬剤に関しては入力間違いなのかの判断がし辛いいため、投薬時に処方内容に関しても確認する	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。
195	アロプリノール(10)と記載されていた。アロプリノールに100mgの規格がないことと手帳等から確認したところアロチノロール(10)ではないかと考え疑義照会した。医師の記載ミスと分かりアロチノロールを調剤した。	名前が似ていることから間違えたと思われる	手帳、規格、薬歴等でよく確認する。名称が似ているものは特に注意する。	アロプリノール錠100mg「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」		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。
196	【般】ゾニサミド20% 3g処方(初回)。初回から最大量であることと、他RPがラックビーであったことからエクセラゼの間違いではないかと推測。疑義照会したところ、エクセラゼ錠へと変更となった。	先発→一般名への入力ミスと思われる。	不自然なRPは疑義照会する。	エクセグラン散20%	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	今までエクセラーゼ配合錠内服されていた患者様だったが、この日の処方箋がエクセグラン酸に変わっていた薬効が全く違うため確認を取ったらエクセラーゼ配合錠が出荷停止になっているため粉に変えようとして間違えたようだった疑義紹介にてペリチームに変更になった	名前の類似による間違い	処方歴など確認 明らかに違うものは確認する	エクセグラン散20%	ペリチーム配合顆粒		エクセグランとエクセラー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。
198	エクセグランを一般名で記載されてきた。当番医であったためと他の処方から疑念を抱き、患者に既往歴を聴取。服用していない薬だったので入力間違いを疑い、疑義紹介した。結果、エクセラーゼに変更になった。	エクセまで同じなので入力時選択ミスした可能性が考えられる。	背景を考慮することが大切だと思った。当番医、他の処方からの情報。最終的には患者にも確認すること。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラー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。
199	消化剤を処方すると聞いていた患者さんに、エクセグラン100mg錠が処方されていた。てんかんの既往がないため、なぜ処方されているのかわからず、患者に確認した。 疑義照会したところ、エクセグラン100mg→エクセラーゼ配合錠に処方変更となった。	医薬品名が類似しているため、処方薬を選択する際に間違えた様子。	処方内容と、患者の訴えがあっているのか、しっかりと確認する必要がある。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラー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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
200	エクセラゼ配合錠が処方される ところ、処方箋入力の際【般】ゾ ニサミド錠100mgにて入力され てしまっていた。エクセグラン錠 を選択後一般名表記に変更したと 思われる。そのまま処方された場 合、起立・歩行障害、構音障害な どの運動失調が現れる可能性が あった。	エクセラゼとエクセグランは頭 3文字が同じであるため確認不足 と推定される。	患者の病態を把握し、適正な処方 であるかどうかの確認をしていき たい	エクセグラン錠100 mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセ ラー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。
201	今回の処方内容とエクセグランに 違和感があり、過去に他の医療機 関からの服用歴がないこともあり 処方医へ疑義照会をしたところ、 正しくはエクセラゼ配合錠で あった。	よく似た医薬品名であり、医師が 電子カルテ入力する際、医薬品名 の選択を誤ったことが考えられ る。	処方監査をするときは処方全体と 他科受診、過去の処方歴、患者様 からの情報等注意し総合的に判断 していくよう心掛ける	エクセグラン錠100 mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセ ラー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。
202	エクセグラン錠が新規で処方され ていたが、ご家族の方との話を通 じて医師による入力ミスを確認 したため疑義照会したところ、処方変 更となった。	名称類似による入力ミス	新規処方時には特に患者様やご家 族にしっかりと確認を行う。	エクセグラン錠100 mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセ ラー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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
203	腹痛で医療機関を受診された患者様に【般】ゾニサミド錠100mgが処方されていた。処方医療機関に疑義照会したところ、エクセラーゼ配合錠を処方するところを、誤ってエクセグラン錠100mgを選択後、一般名表記で処方してしまったとのことであった。このまま処方された薬剤を服用した場合、起立・歩行障害、構音障害などの運動失調が現れる可能性があった。	エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠は頭3文字が同じであるため、混同してしまったと考えられる。	患者来局時に受診時の病態を把握し、適正な処方であるかどうかの確認を行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラー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。
204	エクセグラン錠が処方されていたが、既往歴や本日の症状から、適していないと判断。疑義照会して確認。結果エクセラーゼ錠に変更	似たような名称のため、間違えたと思われる。	似た名称がある薬は、必要に応じて、注意喚起の印をつける。特に新規の薬は症状と適応症があるかの確認を怠らない様にする。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラー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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	<p>定期の薬はいつも通り処方されていたが、今回エクセグラン錠が新規追加となっていた。他の薬が63日分だったことに対して、エクセグラン錠は14日分となっていたため、なにか体調変化があって追加になったのだろうと予測し患者さんとの会話に臨んだ。結果、消化不良の症状があるので薬をだしておくという会話が診察時にあったことが判明。エクセグラン錠とは効能効果が全く異なる話であるため、エクセラージェとの間違いではないかと疑義照会を実施。結果、エクセラージェ配合錠に変更となった。</p>	<p>どちらの薬も最初の3文字(エクセ)が同じであるため、入力ミスが発生したと考えられる。</p>	<p>薬剤の変更や追加があった際には、用法・用量の確認だけでなく、患者さんとの会話によって病態とマッチしているかの確認が重要であることを再確認。処方箋に対して疑いを持つ目を忘れてはいけないと感じさせる事例。</p>	<p>エクセグラン錠 100mg</p>	<p>エクセラージェ配合錠</p>		<p>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>
206	<p>エクセグラン100mg3錠分3の処方があり、初回にしては用量が多く、てんかんの既往歴がなかったため疑義照会を行った。病院薬剤部よりエクセラージェとの処方間違いであると返答。</p>	<p>パソコンの入力間違い。</p>	<p>お薬手帳の持参。病院より情報を得る。</p>	<p>エクセグラン錠 100mg</p>	<p>エクセラージェ配合錠</p>		<p>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>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
207	前回まで、エクセラゼを処方していた。しかし、処方医の入力ミスによりエクセラゼをエクセグランと入力してしまった。現在、エクセラゼがメーカー欠品のため、代替薬としてベリチームへと変更となった。	エクセラゼとエクセグランの医薬品名が類似していたためのミスと考えられる。	今回、監査者が前回処方をしっかり確認したため未然に防ぐことが出来た。今後もしっかり確認しつつ、患者様に安全に服用してもらえるように取り組む。	エクセグラン錠100mg	ベリチーム配合顆粒		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。
208	お腹の調子が悪かったようで、臨時薬が追加。消化剤のエクセラゼが本来処方のこと、エクセグランの処方あり。耳が遠い患者さんであるが問診により、検査などもなく痙攣発作もないこと確認。	エクセグランを間違えて服用することにより、体調悪化、副作用が出ていた可能性あり。	問診による、臨時処方薬と症状が間違っていないかの確認。	エクセラゼ配合錠	エクセグラン錠100mg		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。
209	一般名称ゾニサミド錠100mg(エクセグラン錠100mg)が処方されていたが、おくすり手帳の処方歴から処方誤りを疑い、疑義照会の結果、エクセラゼ配合錠へ変更になった。	名称類似による処方間違い。	患者様の処方歴や症状の聞き取り確認を確実にし、症状にあった適切な処方であるか確認する。	ゾニサミド錠100mg「アメル」	エクセラゼ錠		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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
210	<p>エクセラゼ継続の患者様がエクセラゼが中止になり、代わりにゾニサミドが新規で処方されていた。てんかんかどうか確認したところそのような症状はなく、「医師からエクセラゼのGEに変えろと聞いた」と患者様より伺った。ゾニサミドはエクセグランのGEであるため疑義にて確認したところ、エクセラゼに戻された。</p>	<p>先発品の名称が類似によるものと考えられる。</p>	<p>患者様との会話から処方変更の意図を確認するようにしています。</p>	<p>ゾニサミド錠100mg EX「KO」</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>
211	<p>処方せんでイニシクがもともと処方されており、症状悪化のためにカナリア配合錠が追加となった。処方追加の旨確認は取れたがDPP4が重複されていたために問い合わせへ。医師からカナリア配合錠とカナグル錠の成分が逆と勘違いしていたと申し出あり、カナグル錠へ処方変更となる</p>	<p>名称の類似、同効薬の配合錠、単剤であったことが原因と考えられる</p>	<p>類似名称の同効薬の薬局内での認知、共有。処方変更時の患者からの聞き取りで相違がないかの徹底</p>	<p>カナリア配合錠</p>	<p>カナグル錠100mg</p>		<p>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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	内科でメトアナ配合錠H D、アトルバスタチンを継続して飲んでいる患者さまで、H b A 1 c 上昇のため、カナリア配合錠が追加になっていた。薬歴の鑑査システムにより、メトアナとカナリアが同効薬が重複しているとポップアップが表示された。添付文書にて、メトアナにはアナグリプチン、カナリアにはテネグリプチンが入っており、D P P - 4 阻害薬が重複していると確認した。電話にて問合せしたところ、カナリア配合錠ではなく、カナグル錠 ( 1 0 0 ) の間違いであったことがわかり、処方変更になった。	カナリア、カナグルの名称が似ていたためと考えられる。	薬歴にて、重複や禁忌薬が処方されているときはポップアップが表示されるように設定している。	カナリア配合錠	カナグル錠 1 0 0 m g		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。
213	前回処方、ライゾデグ配合注フレックスタッチとカナリア配合錠が処方されていたが、効果不十分で今回処方変更。今回処方内容として、ゾルトファイ配合注フレックスタッチ、グルベス配合錠、カナリア配合錠が処方されていた。ゾルトファイ配合注フレックスタッチとカナリア配合錠の同種同効成分含有のため、併用について疑義照会しました。その後、カナリア配合錠→カナグル錠100m gに変更となりました。	インスリンのみ変更した際に、服用薬剤の変更を行わなかったため、同種同効成分の薬剤が処方されてしまったと考えられます。	糖尿病薬一覧提示	カナリア配合錠	カナグル錠 1 0 0 m g		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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
214	カナグル配合錠を服用でオゼンピック皮下注0.25mgSDが追加になり、DPP-4阻害薬とGLP-1作動薬の併用について疑義照会後、カナリア配合錠→カナグル錠100mgに変更。	カナリア配合錠とカナグル錠の名前が似ているので処方変更忘れがカルテ確認不足と思われる。	同じ処方医でDPP-4阻害薬とGLP-1作動薬の併用があるかの確認を行い。同効薬の併用があれば、併用注意でも疑義照会を行って必ず確認を行う。	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。
215	処方箋にてカナリア配合錠とオゼンピック皮下注の同効薬と一緒に処方されていたため患者に聞き取り実施。血糖コントロール不良にて今回より内服薬から注射薬に変更との説明を医師から受けたとのことを確認。カナリア配合錠中のテネリグリプチン20mgとオゼンピック皮下注はどちらもGLP-1受容体を介した血糖降下作用を示すため同効薬重複について疑義照会実施。カナリア配合錠からカナグル錠100mgへ処方変更となった。	医師の処方箋の確認不足。名称類似薬のため、処方変更したつもりが、できていなかったと推察。	今後も配合剤の成分を理解し、重複投与防止に努める。			カナリア配合錠 カナグル錠100mg オゼンピック皮下注0.25mgSD	カナリアとカナグ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。
216	処方せんにはザイティガ錠250、1錠分1朝食後と記載があったが、用法が異なること、お薬手帳の情報からザルティア錠5の間違いでないかと推測し疑義照会した結果、ザルティア錠5、1錠分1朝食後に変更になった。	処方せん入力時に、処方医が間違えたと考えられる。	お薬手帳を必ずチェックしている。	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
217	フルティフォーム125エアゾールが処方されている患者に新たにスピオルトレスピマットが処方されており、両方ともβ2刺激薬が配合されているためおかしいと思い疑義照会したところ、スピリーバレスピマットへ処方変更となった。	医師の処方入力時のミス	引き続き処方内容確認しっかり行う	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。
218	ブデホル吸入粉末剤60吸入「MYL」を以前から吸入継続している患者。本処方せんにも継続。さらにスピオルトレスピマット60吸入が今回より追加となる。両薬剤にベータ刺激剤含まれるため疑義照会。スピリーバ2.5ugレスピマット60吸入150ugへ変更となる。	処方医師がスピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの含有成分を誤って記憶していたため処方してしまった。	ヒヤリハット事例としてスタッフへ周知。両薬剤の棚に違いの記載および取り違い注意の記載。	スピリーバ2, 5マイクログレスピマット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。
219	タケルダ錠が処方されたが、定期薬で同病院より、バイアスピリン錠服用中の為、変更か本人に口頭確認したところ、胃症状の改善の薬を処方するといわれたとのこと。電話にて医師に疑義し、タケキャブ錠の名称類似による処方間違いが判明、タケルダは削除となり、タケキャブが処方された。	販売名の類似による処方間違い	投薬時及び処方箋受付時にも口頭にて受診の理由を確認し、症状と薬剤が適切か確認を行う。	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
220	<p>今までランソプラゾールOD15mgを服用している患者様で、今回タケルダ錠（ランソプラゾール15mg+アスピリン100mg）に変更となっていた。交付時に患者様ご家族に確認した所、胃の不調の為、胃薬を強い物に変更する話があった事を確認。血液サラサラの薬を使う等の話も受けていないようだった為、処方ミスを疑い疑義紹介を行なった結果、タケキャブ錠と間違えて処方されていた事が発覚。タケキャブ錠で作り直し、患者様には正しい物をお渡しする事ができた。</p>	<p>居宅療養管理指導を行っている患者様でありご自宅にある連絡ノートを確認したが、連絡ノートにも「タケルダ錠」へ変更する旨記載あった為、薬剤名称自体を勘違いしてしまっていたと思われる。</p>	<p>・名称類似品について把握する。                  ・聴取内容と処方内容に相違がある場合は、処方ミスを疑い疑義紹介を行う。</p>	タケルダ配合錠	タケキャブ錠 10mg		<p>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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
221	<p>以前から当薬局をご利用いただいている患者が来局。総合病院から個人院に転院された。転院初回の処方箋で、タケキャブ錠10mgからバイアスピリン錠100mgとランソプラゾールOD錠15mgに処方内容が変更となっていた。患者にインタビューしたところ、「総合病院と同じ処方を出す」と聞いているとの答えがあり、疑義照会した。医師より「紹介状に記載されてる内容をタケキャブ錠ではなくタケルダ錠と読み間違えた」との答えがあり、タケキャブ錠10mgに処方変更となった。</p>	<p>類似名称での読み間違いが原因。</p>	<p>調剤前の患者からの情報収集を徹底する。</p>	<p>バイアスピリン錠100mg ランソプラゾールOD錠15mg 「トーワ」</p>	<p>タケキャブ錠10mg タケキャブ錠10mg</p>		<p>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。</p>
222	<p>当薬局で過去に幻量の薬は出たことがあるため 投薬する際にめまいでDRにかかったか尋ねたところ 痒みで診察してもらったとの事。お薬手帳より他でペボタスチンベシル酸塩OD錠10mgをもらっていて それが必要かたずねたらそれだということでした。お薬手帳を持っていき 変更を問い合わせました。結果 変更になりました。</p>	<p>名前が似ているので勘違いしたと思われます。</p>	<p>いつももらっている薬でも きちんと 薬と 病状を確認する</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OD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>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
223	<p>処方記載は(般)ベタヒスチンメシル酸塩6mg2錠 分2朝夕食後14日分 (般)クロモグリク酸Na点眼液2%5ml1瓶(1日数回点眼 両)であった。</p> <p>(般)ベタヒスチンメシル酸塩6mgは3錠分3投与が通常である。(般)クロモグリク酸Na点眼液からアレルギー疾患が疑われた。そのため、患者本人へ聴取したところ、花粉症で受診したとの回答だった。眩暈の症状はなかった。以上より、(般)ベタヒスチンメシル酸塩6mgは名称類似品の(般)ベポタスチンベシル酸塩10mgと記載間違いではないかと推測されたため、疑義照会をした。結果、記載間違いが判明し(般)ベポタスチンベシル酸塩10mg2錠分2朝夕食後へと変更になった。</p>	<p>名称類似品の為、医師が勘違いして記載したようである。</p>	<p>名称類似薬は、特に一般名処方では多いため、処方監査の時には色々情報を収集し確認する必要があります。患者本人への確認も大切と考えます。</p>	<p>ベタヒスチンメシル酸塩6mg「テバ」</p>	<p>ベポタスチンベシル酸塩10mg「タナベ」</p>		<p>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。</p>
224	<p>アスピリン10mg処方のところアスペノン10mg処方と処方箋に記載されていた</p>	<p>医師はアスピリンを指示したが、事務方で処方箋を発行する際にミスが生じたとのこと。ちょうどレセコンシステムを変更したてであったことも理由の一つと考えられた。</p>	<p>各薬に対し想定される疾患を考えたいうでで調剤を行う。</p>	<p>アスペノンカプセル10</p>	<p>アスピリン錠10</p>		<p>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。</p>
225	<p>風邪様症状で受診しており、処方箋には葛根湯とアスペノン錠の処方のみ。患者聞き取りを行ったところ、診察時には風邪の話のみ行ったということで疑義紹介を行ったところ、アスピリン錠との薬品名間違えであることが判明した。</p>	<p>病院では咳嗽時にフラベリック錠を採用していたが、このたびの販売中止に伴いアスピリン錠へと採用を変更した。慣れていない薬であったため間違えた可能性が高い。</p>	<p>患者への原疾患聞き取りを必ず実施する。</p>	<p>アスペノンカプセル20</p>	<p>アスピリン錠20</p>		<p>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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
226	処方箋の内容から風邪であると推測されるが、14歳に不整脈治療薬の名前が入っているため違和感を感じ疑義照会。	類似した薬剤名を選択してしまったことが推測される。「アスペ」のところ「アスペ」で検索した可能性もあげられる。	処方内容から患者様の疾患を特定し、処方薬の意図を推測する。	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。
227	処方箋にアスペノンカプセル20と記載されていたが、患者からの聞き取りの中で不整脈の話は出ておらず、アスペノンとアスペリンを記載ミスの可能性が浮上した。クリニックに電話で疑義照会。処方医に確認をし、アスペノンカプセル20はアスペリン錠20の誤りで修正お願いしますと返答。	3文字入力で医薬品を検索する際、同じ「アスペ」で検索をかけるため、入力ミスが起きたと推測される。	処方箋監査時に違和感を感じたから、薬剤師や事務員、患者に質問をし、処方箋内容に誤りがないか常に確認する。	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。
228	アスペノンCap10が処方されていた患者にアスペリン錠20が処方され代わりにアスペノンCapが中止になっていた。患者に脈の事と咳の症状について確認したところ、咳の話はしていない、脈の薬が中止になる話は聞いていない、との回答を得た為処方内容について疑義照会を行った結果、アスペリン錠20はアスペノンCap20の間違いであったことが判明した。	アスペノンとアスペリンの文字が似ている為の間違いであったと思われる。どの段階での入力ミスかは不明	処方変更があった場合は患者の症状聞き取りを確実にし不明な点があった場合は速やかに疑義照会をするようにする。	アスペリン錠20	アスペノンカプセル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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
229	<p>総合病院から退院され、近隣の病院へ転医。お手帳の退院処方と比べ、アスペノン20mgのところアスペリン20mgが処方されており、処方ミスの可能性と、リクシアナOD30mgとダイアート60mgの処方漏れで疑義紹介。紹介状の薬の内容が古い情報だったため、リクシアナOD30mgとダイアート60mgの処方に気づかず漏れで処方追加に。またレセコンでの選択ミスでアスペリン20mgが処方されていた為、アスペノン20mgへと変更となった。</p>	<p>紹介状のお薬の情報が最新のものでなかったこと、病院側のPCでの薬剤名選択ミスが原因と考えられる。</p>	<p>転医や退院時には、処方箋だけでなくお薬手帳や併用薬の情報も特に注意して確認する。日頃からお薬手帳の重要性を伝え、持参率を上げる。</p>			アスペリン錠 20	<p>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。</p>
230	<p>一般名 イフェンプロジル酒石酸塩錠 20mg 2錠 1日1回夕食後の処方。最近、介護施設に入居された方で、本日初めての訪問診療。1回に40mgの服用は多いのではないかと考え、疑義照会。医師からは「今までと同じ薬を処方したので、問題無い。」との回答。改めてお薬手帳を確認したところ、今まではクエチアピン細粒50% 0.08g(40mg) 1日1回夕食後の処方であった。再度、疑義照会しその旨を伝えたと、薬剤変更となった。</p>	<p>先発品名 セロクエルとセロクラールの選択ミスと考えられる。</p>	<p>元々は用法についての疑義照会であったが、結果的には薬剤名の誤りであった。新規の患者で処方に変更になっている際には、処方内容を総合的に踏まえ、監査する必要があると考える。</p>	イフェンプロジル酒石酸塩錠 20mg 「サワイ」	クエチアピン細粒 50% 「アメル」		<p>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。</p>

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
231	一般名クエチアピン錠25mg 2錠1日2回朝夕で定期処方に追加処方記載されてきた。ドクターから患者への説明は耳鳴りを改善する薬を出すからと言われている。疑義照会したところセロクラール20mg 2錠へ変更となりました。	ドクターの記載はセロクラール錠と思われが、事務職員が入力する時に、誤って、セロクエルで入力。その後一般名に変換しているため処方箋は(般)クエチアピン錠25mgの記載となったことが想像されます。	間違えやすい医薬品名は医療機関の事務員にもお知らせして、知識を連携することが大切。	セロクエル2.5mg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。
232	臨時処方の追加あり【般】クエチアピン錠25mg 1錠めまい時10回分 クエチアピン=セロクエルにはめまいの適応がないため、イフェンプロジル=セロクラールと誤って処方されたのではないかと推測。患者への聞き取りでも「立ち上がり時にめまいがする」と確認のうえ疑義照会を実施。 その結果、セロクラール錠20mg 1錠 に変更となった。	病院での処方オーダー時に、先発名称で検索入力されたものが一般名処方に自動変換されて交付されたものと推測するクエチアピン=セロクエルイフェンプロジル=セロクラール	疑わしい処方の時は必ず確認して調剤・投薬する	セロクエル2.5mg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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
233	めまいで受診の患者に、セロクエル細粒50% (【般】クエチアピ ン細粒50%)、3g、分3毎食 後が処方されていた。セロクエル 細粒50%が3gとなると、セロ クエルの1日量(750mg)の 添付文書上の上限を超える、過量 となるため、疑義照会にて、処方 元の医療機関に確認した。その 後、セロクエル錠25mg、3 錠、分3毎食後と処方変更になる が、この患者はめまいの症状で受 診したため、類似名の「セロク ラール錠」の間違えではないか、 再度医療機関に疑義照会した。結 果、セロクエル錠ではなく、セロ クラール錠の間違えであることが 判明し、セロクラール錠20m g、3錠、分3に処方変更となっ た。	医師が、電子カルテに薬剤を入力 する際、3文字入力の可能性が あった。セロクエル錠も、セロク ラール錠も、頭の3文字が「セロ ク」と同じだったことで、最初の 用法表示とともに入力ミスがあっ たと考えられる。	初めに、セロクエル細粒50% が、過量に処方されていた事や、 めまいの症状で受診した患者の 為、セロクエルを使った意味並び にセロクラール錠ではないかと処 方元医療機関に疑義照会を行っ た。類似名の薬剤も多いため、患 者が訴えている症状と処方されて いる薬剤が適切であるか、適応外 使用が考えられる場合もあるの で、処方箋監査をきちんと行うこ との重要性を再度薬局で確認す る。	セロクエル細粒50%	セロクラール錠20m g		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。
234	精神科でもらっている薬セロク エルを、内科のDrから処方してもら う際、誤ってセロクラールで処方 されていた。	セロクエルとセロクラールは、名 称が類似しているため、処方入力 時に誤ってしまったと考えられ る。	今回、気づけたのは、患者様と しっかりコミュニケーションをと られていて、話に相違があること に気づけたからだと考える。今後 も、患者様とコミュニケーション をとれるように、ひきつづき信頼 関係を築いていく。	セロクラール錠20m g	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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
235	<p>新患の方にセロクラール20mg錠 就寝前 14日分が処方された。交付時付き添いの身内の方に聞き取りを行っている時、症状と処方薬に相違があったため疑義照会したところ、セロクエル25mgに変更となった。</p>	<p>3文字の予測変換による入力ミスと考えられる。</p>	<p>薬歴の聞き取りと症状や処方内容に相違がないか確認する。</p>	<p>セロクラール錠20mg</p>	<p>セロクエル25mg錠</p>		<p>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。</p>
236	<p>今までスピロラク톤を服用していたが、その薬がOFF。今回からスロービッド追加の処方箋。普段は他の薬局で交付されており、久しぶりの来局のため薬変更についての詳細は不明のまま調剤。</p> <p>他の処方内容から心不全が疑われ、スピロラク톤からスロービッドへの変更に違和感を感じてはいた。交付時に症状変化、副作用などを確認したところ、スピロラク톤で女性化乳房の副作用が出た為、今回からスピロラク톤OFFにし、セララに変更すると医師が診察時に話していた旨を聴取。スピロラク톤からセララに変更の方が納得がいくこと、また、診察時の医師の話との相違点を確認するため疑義。医師から、診察時にセララに変更しようと思ったが、今回はスピロラク톤OFFとしカリウムを補うためスローケーを処方するつもりだったとの回答。結果、スピロラク톤OFF、スロービッドは削除、スローケー追加を確認した</p>	<p>薬品名類似のため、医師が処方箋入力時に間違えたと思われる</p>	<p>できるだけ処方箋から疾患をよみとり、手帳と照らし合わせて変更点をよく確認する。変更点がある場合は診察時の医師の説明と相違点がないか確認する</p>	<p>スロービッドカプセル100mg</p>	<p>スローケー錠600mg</p>		<p>スロービッドカプセルの販売名は、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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
237	定期処方に追加でスロービッドカプセルが処方。投薬時に患者へ症状の聞き取りを行ったところ咳症状はなくカリウムが低いということであったため処方内容に間違いがあるのではないかと判断し疑義照会を行ったところ塩化カリウム徐放錠への変更となった	販売中止となっているがスローケー錠との名称類似による処方間違い	新規薬品が処方された場合患者へ症状の確認を行う	スロービッドカプセル 200mg	塩化カリウム徐放錠 600mg「St」		スロービッドカプセルの販売名は、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。
238	スロービッドカプセルが新規で処方されたが、患者に確認したところ、喘息疾患はなく、カリウムが低いためそれを補充する薬を処方すると聞いたとのことだった。疑義照会したところ、スローケーの誤りだった。	スローケーが販売中止になり、カルテに記載ができなくなっていたようで、そのため医師がスロから始まる別の薬を記載して処方したようだった。	患者からの聞き取りはしっかり行う	スロービッドカプセル 50mg	スローケー錠 600mg		スロービッドカプセルの販売名は、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。
239	令和3年3月までスロービッドカプセル200mgが処方されていた患者が、4月に処方箋を持参した際、スロービッドカプセルの処方が無くなり代わりに塩化カリウム徐放錠600mg「St」が処方されていた。来局した患者家族に確認したところ、処方変更については何も聞いてないとのことだったので疑義照会したところ、テオフィリン徐放カプセル200mgへ変更となった。	スロービッドカプセルが令和3年3月31にまでの経過措置品目となっていたため、医療機関において4月になりレセコンの入力を行う際エラーがあがったものと思われる。そのため、名称の類似した「スローケー錠600mg」のジェネリックである「塩化カリウム徐放錠600mg「St」」を選択してしまったものと思われる。	処方の変更があった場合、患者もしくは患者家族に確認し、認識していない場合は疑義照会を行う。医療機関採用品目で経過措置品目がある場合、情報を共有する。	塩化カリウム徐放錠 600mg「St」	テオフィリン徐放カプセル 200mg「サンド」		スロービッドカプセルの販売名は、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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
240	<p>男性患者の定期処方の処方箋を受付けた。前回と薬が一部変わっており、タモキシフェン錠10mgが新規、アムロジピン錠5mgが無くなっていた。男性患者に乳がん治療薬であるタモキシフェンが処方されているため、患者に体調の聞き取りをしたところ、血圧が高いので血圧の薬を増やすと言われていたの事だった。医師の処方箋入力時のノルバデックスとノルバスクの選り間違いを疑い、問い合わせ。タモキシフェン10mgからアムロジピン錠10mgに変更となった。</p>	<p>医師の処方箋入力時に名前の類似しているノルバデックスとノルバスクを選び間違えたと考えられる。</p>	<p>薬の変更理由について、患者から聞き取りを行い裏付けをとるようになる。</p>	<p>タモキシフェン錠 10mg 「サワイ」</p>	<p>アムロジピン錠 10mg 「サワイ」</p>		<p>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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
241	<p>退院後の初外来で外科を受診した当該患者に【般】タモキシフェン錠10mgが1T分1朝食後で処方された(他に6種の薬剤が同時処方)。患者が男性であったこと、お薬手帳から退院時処方では消化器科よりアムロジピンOD錠2.5mg 2Tが分1朝食後で処方されていたが、今回処方されていないことから処方内容に疑問を感じ患者に確認したが要領を得なかった。そこで念のため薬剤部に問合せを行い、当該患者は胆管癌で入院していたことが判明したため、処方医に疑義照会を行ったところ【般】アムロジピン口腔内崩壊錠10mg 1T分1朝食後に変更となった。</p>	<p>処方医がアムロジピン錠を合計5mgから10mgに増量する際、先発品のノルバスク錠で入力しようとしたが、当医療機関はノルバスク錠のマスタ登録がなかったため、類似名称で同一規格の存在するノルバデックス錠10mgを誤って選択してしまったと考えられる。当医療機関では先発品名で入力しても原則として一般名で院外処方されるためこのような事象が起きたと考えられる。</p>	<p>一般名処方でも先発品名同士あるいは先発品名と一般名(後発品名)、一般名同士等の名称類似薬の処方間違いに注意が必要である。患者の状況や診療科、他の処方薬などから処方薬を推測しつつ処方監査を行うことが大切である。疑問点があれば問い合わせや疑義照会を必ず行う。</p>	<p>タモキシフェン錠 10mg 「サワイ」</p>	<p>アムロジピンOD錠 10mg 「トーワ」</p>		<p>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。</p>
242	<p>処方箋に新しくノルバデックス錠が処方されたが患者が男性だったため、不審に思い疑義照会したところ、ノルバスクの間違いであった。</p>	<p>医師の指示はノルバスクであったと思われるが、処方箋発行時に間違えたと思われる。</p>	<p>患者の特性や病態をよく理解して処方監査に当たるようにする。</p>	<p>ノルバデックス錠 10mg</p>	<p>ノルバスク錠 10mg</p>		<p>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。</p>

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
243	<p>主応需先の内科に定期受診しておられる。本日新規でノルバデックス10mg 1日1回 朝食後での処方あり。乳がんは圧倒的に女性が多い疾患であるが、男性も罹患する可能性があるため本人に確認を実施。がんの治療は行っていないとのことで疑義照会を行った。結果としてノルバスクOD5mgを処方をしようとしたが、医薬品を選択する際に選択ミスがあったと判明。ノルバスクOD5mg 1日1錠 朝食後へと変更になった。</p>	<p>Drが処方時に「ノルバ」と3文字検索を行い。医薬品選択を間違えた。</p>	<p>処方の変更時は必ずDrより説明を受けているかや、薬品の適応と患者の発言がおかしくないかを確認している。</p>	<p>ノルバデックス錠10mg</p>	<p>ノルバスクOD錠5mg</p>		<p>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。</p>
244	<p>男性に対してノルバデックス10mgが処方されていた為、患者本人に確認したところ血圧の薬を増量すると話があった。今までアムロジピン5mgを服用していた経緯があった為、ノルバスク10mgとの間違いだと判断し疑義照会。ノルバスク錠10mgへ変更になった。</p>	<p>医薬品選択時に「ノルバ」まで同じだったため選択を誤ったものと推測される。</p>	<p>特定の性別や年齢までしか使用できない医薬品もある為、新規の処方時には特に注意して処方内容を確認する</p>	<p>ノルバデックス錠10mg</p>	<p>ノルバスク錠10mg</p>		<p>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。</p>

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
245	降圧剤のノルバスク錠 (10mg) 処方だったが、ノルバデックス錠 (10mg) の処方せんが発行された。疑義照会でノルバスク錠 (10mg) を医師が処方したかったと判明した。	レセコン入力時に事務処理が間違った。	処方変更時に薬歴から処方鑑査を行う。	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。
246	いつもノルバスクOD (10) を処方されている患者さま、ノルバデックス錠 (10) が今回処方されていた為、処方間違えと判断し、疑義照会実施。いつものノルバスクOD(10)に変更になった。	ノルバで検索をかけて処方を行っているようだったので、選択ミスだと思われる。	処方内容やお薬手帳などをよく見て、適切な薬が処方されているか再度確認徹底。	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。
247	アムロジピン錠5mgから10mgに増量となる所、【般】タモキシフェン錠10mgが処方されており、疑義照会の結果【般】アムロジピン錠10mgに変更となった。	ノルバスク錠とノルバデックス錠の入力間違い	類似した名称の薬品についての注意喚起を行う。処方変更の際の効能効果・用法用量の確認を怠らない。患者本人への変更内容の確認を行う。	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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
248	男性に対してノルバデックス錠10mg処方。服用経験なし。他の薬剤は継続処方。本人に薬剤について尋ねると「今日は倍の量にすると言われた。」とのこと。アムロジピン服用中であったため、ノルバデックスとノルバスクの違いではないかと推測。疑義照会を行い、ノルバスクの違いであることを確認。	頭文字3文字が同じため処方入力時に間違いが生じた様子。	不審点がある場合には患者様に確認し、理解不十分な場合や不審点が残る場合は疑義を行う。疑義事例の内容共有。	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。
249	一般名処方でチザニジン錠1mgが初回処方された患者。先発品希望でありテルネリン錠1mgを調剤。投薬時に症状確認を行うと、血糖を下げる薬を始めると説明されていることが発覚。疑義照会にてテネリア錠20mgの処方に変更となった。	テルネリン錠、テネリア錠の処方間違いであり、おそらく名前の打ち間違いと推測される。	当然のことではあるが、症状確認を行うことは必須である。特に新しく薬が追加になるときなどは、追加になった経緯や医師からの説明、指示を確認する。中には余計なことを聞くな、医師が間違えるはずがないだろ、と何も話したがない患者もいるが、聞き取りの意義を根気強く説明するようにしている。	テルネリン錠1mg	テネリア錠20mg		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。
250	Aクリニック(泌尿器科)より処方されていたトニール10μgを、今回Bクリニック(心療内科)から処方されることになった。しかしBクリニックからの処方ではトフラニール10mgで処方されていた。疑義照会を行い、トニール10μgへと変更になった。	薬剤名類似のため処方入力時に入力ミスがあったと推測される	他院処方分が別の病院から処方される場合には前回処方と相違ないかお薬手帳などでしっかりと確認を行う	トフラニール錠10mg	トニール錠10μg		トニールの販売名は、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。

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  
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
251	1歳の乳児にバンデルローションが処方されており、乳児に対しては強めの薬であると判断し疑義照会を行った。その結果、処方誤りであると判明しクロベタゾン酪酸エステルローションに処方変更となった。	クロベタゾン酪酸エステルローション「イワキ」は名称変更前はバルデスローションという名称であり、バンデルローションと名称が類似しているため処方入力に誤りが生じたと考えられる。	外用薬が処方される頻度が高いため、年齢や状態に応じて適切な強さの外用薬であるかを監査時などに確認している。また、ステロイド外用薬の強さを確認できる表を目の見える場所に張り付けている。	バンデルローション 0.1%	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		バルデスの販売名は、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。
252	1歳4か月の患者様へバンデルローションが処方。近隣皮膚科医は小児・乳幼児においてランク4のクロベタゾン酪酸エステルローション(旧名称:バルデスローション)を使用することが多く、バンデルローションがランク2であることもあり疑義照会実施。クロベタゾン酪酸エステルローションの処方記載誤りとなり変更となった。	医師は現在も名称変更前の薬品名でのやり取りが多いこと、バルデスとバンデルと名称が類似していたことが要因と検討される。	随時やり取りのあるクリニックであったこと、名称変更前の薬品名を記憶していたことが誤りにすぐ気づけた部分になると思われる。近隣医師の頻発処方等はしっかりと把握しておくことが重要であると思われる。	バンデルローション 0.1%	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		バルデスの販売名は、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。
253	ベンズプロマロン錠が出ていたが、医師との話で尿酸の話はなかったとのこと。セルニルトン錠と一緒に出ていたので、過去の薬歴簿内容から考えると、他の薬ではないかと思い、疑義照会をした。その結果、シロドシン2mgの処方であったとのことでした。薬変更を確認しました。	ユリノームとユリーフの名前違いであると推察されます。一般名を処方箋に印刷するときに間違えたと思われます。	処方箋の内容を信じるのではなく、患者との話から状況を聞き出すことが大事。	ベンズプロマロン錠25mg「NM」	シロドシンOD錠2mg「サワイ」		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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
254	今回初めてユリーフ錠4mgが処方されたが投薬時確認したところ「尿酸値が高いから薬を追加すると言われた」とのこと。病院に確認したところユリノーム錠50mgを処方予定だったが誤ってユリーフ錠4mgを処方してしまったことが判明し、ユリノーム錠50mgに処方変更となった。	類似名称薬剤の処方誤り。	引き続き患者様への聞き取りなど情報を収集することにより処方内容に誤りがないか確認していく。	ユリーフ錠4mg	ユリノーム錠50mg		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。
255	今回門前のクリニックよりユリノームが処方されていたが、お薬手帳を確認したところ他院でユリーフの処方歴があったため、処方入力のミスの可能性を考え、門前のクリニックに確認。結果ユリーフ4mgへと処方変更になった。	医師が処方入力を行った際に予測変換で薬品名を確認せず、確定してしまった為に類似薬品名での処方になったと考えられる。	監査時にお薬手帳を毎回確認することで、患者様の服用歴を確認できるので類似薬品名に気が付くことが出来る。そのために患者様にはお薬手帳の必要性と毎回の提出を理解していただく。	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。
256	排尿障害の患者に排尿障害の薬の処方がなく、痛風の薬が処方されていた。お薬手帳を確認すると、以前ユリーフOD錠が処方されていた。医師に確認後、処方薬変更となる。	入力時、薬品名が似ていたため、間違えて入力したとの事。	お薬手帳の重要性を患者に説明し、患者とのコミュニケーションをはかる。	ユリノーム錠50mg	ユリーフOD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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
257	排尿障害の患者に痛風の薬が処方されていた。	おくすり手帳を必ず確認する。	投薬時、患者とのコミュニケーションをとる。	ユリノーム錠50mg	ユリーフOD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。
258	前立腺肥大による排尿困難の患者に痛風の薬が処方されていた	おくすり手帳の確認	投薬時、患者とのコミュニケーションが大事	ユリノーム錠50mg	ユリーフOD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。
259	ルセフィを処方され薬剤師が交付時、現況の症状を確認したところ、血糖値に関する検査、測定なし。血糖値に異常はなく咽頭痛、鼻汁であった。処方医に電話で疑義照会した。その結果、ルパフィ錠に変更になった。	ルパフィ錠を入力するところ、名称が類似していたため、誤ってルパフィンを入力したようだ。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。また、お薬手帳を持っていない患者に対して、お薬手帳の有効性を説明し活用してもらう。	ルセフィ錠2.5mg	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。

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  
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

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	
260	患者Aが処方せんを持って来局。ルセフィ5mgとアレジオン点眼処方され、ルセフィが新規に処方され投薬時に血糖値の上昇があったか確認をとったが、話しが噛みあわなく今回の受診理由を聞くとアレルギーであった。問合せ後、ルパフィンの間違いであった。	処方入力時、初めの一文字の「る」で入力したために間違っていると推定される。	今後も新規の処方薬は患者への問い合わせをしっかりと行う。	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。