

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	硝酸イソソルビドサワイを調剤するところ一硝酸イソソルビドサワイで調剤。監査時に発見	同じ引き出しに保管していた。	棚を分ける。	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。
2	一硝酸イソソルビド処方されている患者に対し、硝酸イソソルビドを調剤した	入力ミス	監査手順の改善	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「トーウ」		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。
3	一硝酸イソソルビドで調剤するところを硝酸イソソルビドで交付。棚卸し時の差異により発覚。服用開始していたが残りは回収交換、処方医へ報告。健康被害なし	ベテラン薬剤師だったため、類似品があることは認識していたが、繁忙時で確認が甘かった。前回と内容が異なる場合は薬歴にも変更マークがでるがきちんと確認せず交付した。ピック者は類似品があることは認識していない新入社員だった。	ヒヤリハット事例をミーティングで定期的共有し、スタッフの知識向上につとめる。同じ引き出しにはいれずに保管場所をはなす。薬品名類似ありの札をつける	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4	よく似た名称の薬がある事を知らなかった。同じ薬だと思い込んでしまっていた。	よく似た薬の名称の一覧をまとめておく。	よく出る薬の棚の方に違う名称の薬もあると注意喚起のメモ用紙を貼り付けておく。	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 「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
5	【般】硝酸イソソルビド徐放錠 20mg の処方記載を【般】一硝酸イソソルビド錠 20mg で入力し一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」で調剤し 6 日分交付した。次回来局された際に間違いに気づき、処方医と患者に説明し陳謝した。	一般名称が非常によく似ていて、かつ、当薬局に在庫してあるものが一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」だったことから思い込んでしまった。普段は処方箋の QRコードを利用しているが、この時は別の薬剤の疑義照会により処方内容が変更となったため、手入力したと考えられる。	・監査時は処方内容と入力の付け合わせを必ず行う・特に一般名称の場合は今回のように類似名称の薬剤が他にもたくさんあるため、監査時は名称だけでなく剤型、規格の確認も徹底する	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」		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。
6	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」が処方されている方に誤って硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」を交付。後日、患者より薬がいつものと違うと服用開始前に連絡があり、当日中にご家族が来局され謝罪の上で交換を行った。	どちらの医薬品も「20mg」であり、「硝酸イソソルビド」「サワイ」の部分が共通していることから、薬品名の確認を行ったときに間違いないと認識してしまったものと思われる。名称類似医薬品であるため、注意するようにはしていたが、この時は疎かになっていたと思われる。	当該医薬品が処方された際には、名称類似医薬品であることを念頭に鑑査を行う。片方の医薬品の採用を別のメーカーに変更することも選択肢の一つかもしれないが、昨今の状況を鑑みると現実的ではないように思われる。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
7	1/13 (金) FAXで病院より処方箋を受付した 処方箋には硫酸イソソルビドとあったため疑義照会して硝酸イソソルビドと確認した患者とやり取りした所、1/17 (火) 夕方にお届する予定となった 患者の残薬を病院が預かっていたので、1/17 (火) 午前10時頃病院へ引き取りに行った 薬局にもどり中を確認した所、残薬には硝酸イソソルビドではなく一硝酸イソソルビドが入っていたすぐに病院に確認した所、処方箋が間違っていた事が判明 正しい薬を調剤し、約束の夕方にお届した	今回病院も薬局も初めての患者だった 独居、往診の患者で、病院を変えて初処方だった病院も薬局も患者情報が不足していた	お届する前に可能な限り電話聞き取りによる処方内容の確認をすること	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。
8	複数の薬剤の一化の処方箋を受け付ける。硝酸イソソルビド徐放錠 20mg の一般名を一硝酸イソソルビド錠 20mg でピッキング。一化化する直前の監査で管理者が気づき硝酸イソソルビド徐放錠 20mg サワイで調剤。	ピッキングした薬剤師が当月より就職。硝酸イソソルビド徐放錠 20mg を一硝酸イソソルビドと同一のものと勘違いしていた。	ピッキングした後の監査を徹底。一化後は複数の薬剤がパック内にあるので確認が困難なので、一化直前の薬剤監査もシステム化する。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「トーフ」		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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	ロラゼパム錠1mgで処方されているものをロフラゼブ酸エチル錠1mgでピックアップし、入力もロフラゼブ酸エチル錠で入力。監査時に気づき訂正した。	患者様のご家族がかなり急いでおられて早くしてくれと大声を出していらっしゃったことへ気を取られていて冷静さを失っていた。薬品名の確認不足、焦りが要因だと思われる。	どんな状況でも冷静に焦らず確認手順を取ることをみんなで再確認。改めてピックアップ時、監査時も声出し確認をすることを徹底。似た薬に「薬品名注意！」のシールを貼った。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	メイラックス1mg(ロフラゼブ錠1mg「サワイ」)を交付すべきところを、ワイパックス1mg(ロラゼパム1mg「サワイ」)を交付した。帳簿に記録する際に調剤した数と在庫している数が合わなかった為に再度確認したところ、患者に間違えた薬をお渡ししていたことが判明した。寝る前の薬だった為に服用はしておらず、家まで訪問し間違えた薬を回収、正しい薬を交付し謝罪した。	患者はジェネリック希望であり成分名が似ている薬であり、シートのデザインも似ていたことから思い込みによる薬の交付間違いが発生した。	GS1チェッカー等、未然に取り間違いを防ぐ機械の利用を心掛ける。	メイラックス錠 1mg	ワイパックス錠 1.0		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	新規患者初回入力時に、一般名処方 のロフラゼパム錠1mgを間違えて ロラゼパム錠1mgサワイで入力 調剤はロフラゼパム錠1mg SNで 正しい薬剤をおわたしているが、 薬情などが間違ってしまったまま 投薬してしまった。次回来局時D o処方、Do入力をして気が付かず 投薬時に気が付いて発覚	類似名薬品があることは知っていた が注意力不足によるミス、鑑査 で気が付かなかった	類似名薬品は特に気を付けて入力 調剤監査を行う。投薬時に薬情と 薬剤を照らし合わせて直前鑑査を 行う	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。
12	毎週月曜日のみの発達外来の患者 の処方。これまでもロラゼパムが 処方されていた。調剤者が一般名 をみまちがえてロフラゼパムを調 剤し、投薬者もその間違いに気が 付かずおわたし。帰宅した患者か らいつもの薬とは包装の色が違 うと連絡あり発覚。すぐに正しい お薬を患者宅へ持っていった。	発達外来ではロフラゼパムもロラ ゼパムも処方される薬剤だが、 ロラゼパムの方がよく処方され るため、思い込んで調剤してしま った。投薬者は調剤された薬を合 つてると思い込んでお渡ししてし まった。	一般名処方の場合、成分名がに ている場合は処方箋、調剤録へ チェックをいれる。成分名の後半 部分(酸エチルなど)薬の特異な部 分もきちんと確認して調剤する。	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。
13	GE希望の患者様。ロフラゼパム の一般名処方があり、ロフラゼパ ム「トール」を調剤するべきと ころ、ロラゼパム「サワイ」を調 剤。	名称の類似、向精神薬の棚に隣に 配置。	注意喚起の札を付けた。	ロフラゼパム錠1mg「トール」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		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。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	ロフラゼブ酸エチル1mg 1錠/朝夕食後服用 21日分の処方半錠分包で42包のところ、ロラゼパム錠1mg半錠を14包混ぜて調剤、投薬した午後に気が付き、患者様に電話連絡し、誤った14包は次回来局時に持参してもらい、ロフラゼブ14包は郵送することにしたまだ服用前だった	ロフラゼブ半錠の予製が14包不足していた作りかけの予製薬(ロラゼパム)をロフラゼブと勘違いしてピッキングしてしまった監査時も気が付かず、投薬へと至った	分包紙に印字された薬剤名と処方薬を声に出して確認する	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。
15	ロフラゼブ(1)を渡すところをロラゼパム(1)をお渡し。向精神薬の在庫を数える際に数が合わないことで事務員が発見、患者に連絡。まだ、服用してない状態だった。	名前が似ている。規格・メーカーも同一。	名前が似ていること、間違えが起きたことを薬局内で情報共有する。薬歴の未決送り(薬歴を見る際に確実に確認する場所)のところに注意書き(赤文字で目立つように)をする。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
16	ロラゼパム1mg処方の所ロフラゼブ1mgを取り間違い、患者に投薬時に薬袋の写真と違うことに気づいて事なきを得た。	一般名が非常に似通っている薬で薬品棚も隣に置いていたため取り間違いした。	今後は棚の位置をできるだけ離す、ダブルチェックの徹底、投薬時の薬袋の確認を十分にするようにしたいと思います。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	引き出し内ロラゼパム錠(1)のところにロフラゼパム錠(1)が数条混ざっていることに気付かずピッキング。一包化。鑑査者も気付かず交付。業務終了後、向精神薬数の在庫チェック時に発見。患者様に連絡。交換した。	所定場所への収納ミス。ピッキング時の再確認ミス。鑑査時のチェック不備。	名称の似ている薬剤の収納場所を離す。ポップを付けて目立つよう注意喚起。一包化薬の1つ1つの刻印チェック。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	〈般〉ロラゼパム錠1mgの処方でロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤すべきところ、ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」を調剤投薬した。	類似薬品名、同一規格、同一銘柄で思い込みの調剤をしてしまった。	両剤の棚に類似薬品名注意の注意書きを付けた。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
19	ロフラゼブ酸エチル1mg錠の0.5T/包を予製する際にロラゼパム0.5mg錠を半分にしてロフラゼブ酸エチルと印字して100錠分:200包を作成した。それを使った患者様に5日間で9人に間違った薬を投薬した。うち4人がすでに2~3回分を服用済みでした。健康被害はなし。偶然に他の薬剤師が在庫確認をしたため発覚した。どちらも小さい白い錠剤の0.5Tであったため患者様は少し小さいなと感じた方はいらっしやったがほとんどの方が別の薬とは気づかなかった。	薬を取り違えて半錠の分包を作成した薬剤師は週2回当局に勤務する高齢になって薬剤師を始めた者である。。以前にもこの薬の予製は作ったことがあるがなぜか間違えたとのこと。	監査システムがあるのでダミー患者で入力して薬を機械監査する。複数人いる場合はダブルチェックを怠らない。錠剤を取り出した後のからのPTPシートを分包した薬と一緒に置いておく。	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。
20	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」で調剤するところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgで調製担当が行い、監査者がそれを発見した。	混雑している時間帯で、調製担当者の注意不足だと考えられる。	混雑時であろうが、なかろうが調製担当者として責任を持ち、個人でダブルチェックを行う。また似ている薬剤棚に注意と記載することで今後間違えないよう改善策を施した。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
21	一般名処方 ペポタスチンベシル塩酸塩錠の処方ピックアップした薬剤師がベタヒスチンメシル酸塩錠を間違えて調剤をした。監査薬剤師はペポタスチンベシル錠が調剤されていると思い込み、家族に投薬をした。投薬後、患者本人より処方された薬と違う薬 (ベタヒスチンメシル酸塩錠) が手元にあると電話があり、渡し間違いに気が付いた。すぐに患者宅におもむき、謝罪と薬の交換をおこなった。	当該患者の家族が発熱外来を受診しており、重点的に説明をしたことより、当該患者の薬は継続服用中の薬と薬歴より認識をし、薬剤情報提供書の写真画像との照合を怠った。ピックアップをおこなった薬剤師とは長年の信頼関係より間違いがないだろうと思い込んだ。	初心に戻り、監査手順の順守・薬剤情報提供書にて (写真画像利用) 見比べを徹底する。医薬品名の類似パターンの再確認をする。	ペポタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「JD」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
22	一包化の患者で該当薬品は手巻きではなくカセット薬品であった。途中で薬品が切れ、カセット補充を行った際本来はダブルチェックで確認すべきところ、慢心からそれを行わなかった。カセットに補充を行った後に再起動ボタンを押したが、分包されないので確認したところ補充する薬品が誤っていた。今回は錠剤の大きさが異なっていたので、薬品は上手く分包されずお渡し前に気付くことができた。	ミスしたのは1年目の新入社員だった。慢心と油断によるものと思われる。	再度、過誤事例の紹介、名称薬の認識、ダブルチェックの徹底を指導する	ペポタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「JG」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「TSU」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	ペボタスチン錠10mgで処方されているところ、ベタヒスチン錠6mgで調剤してしまった。	似ている名前なのにもかかわらず、錠剤棚が近いこと。どちらも良く調剤する薬で、慢心からの調剤ミス。	錠剤棚からベタヒスチンを抜き、引き出しに入れた。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」		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。
24	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工P」が処方されていたところ、ピッキングを間違え、ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」をピッキングしていた。監査時に気が付き、訂正。	名前が酷似していた。どちらの薬も処方頻度が低いため、認識も甘く間違った可能性あり。	名前が酷似していることを周知させる。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工P」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	耳鼻科の処方箋を受付。ペボタスチンの処方のところ、ベタヒスチンで投薬してしまった。別の人のピッキングミス、投薬した薬剤師が間違いに気づけずにお渡しした。直後に間違いに気づいて、服用前に取り換えに伺ったため、健康被害はなかった。	ピッキングされていたベタヒスチンにシートの色で違和感を感じたが、店舗移動で徐々にシフトに入って、最近品切れのためメーカー変更も多いので、変わったのだらうと思い込んでしまった。	名前と、後ろのミリ数も、しっかり確認するように、注意喚起した。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	患者様より通常服用している薬と異なると指摘を受ける。確認した所ベタヒスチン錠6mgのところ、ペポタスチンベシル錠10mgを誤って2錠服用してしまうが体調に異常はなかった。患者様に謝罪し、薬を交換する。	薬品名が一般名処方で似ていたことが原因と思われる。	名称の類似薬品は鑑査時に2度確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	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。
27	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg分28日分の処方が出ていたが、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを取り違えていたことを監査していた薬剤師が発見した。	過去にその患者にめまいの症状があり、ベタヒスチン塩酸塩錠の処方があったため、思い込みによる調剤ミスが起こった。	当薬局ではベタヒスチンメシル酸塩錠は頻繁に出るわけではないので、小分けの袋で保存してあるため「ペポタスチンベシル酸塩錠との取違い注意」と警告を促す紙を貼っておくことで取違いを抑制する。	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		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。
28	ベタヒスチンメシル酸の処方のところペポタスチンベシル酸を間違えたが監査者が間違えに気づいた。	薬剤数が多く、集中力が欠けていた	間違いやすい薬剤はアラートマークつける。又各人が間違いやすい薬の徹底認識の必要	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	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。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	抗アレルギー剤であるベポタスチンが処方されていたが、類似名称の抗めまい薬であるベタヒスチンが与薬された	名称類似の薬剤のため取り違いが発生、交付者も気がつかずに与薬	ベポタスチン、ベタヒスチンいずれかが処方された場合、服用回数、規格、メーカーの3カ所を必ず確認するように薬局内で注意喚起	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「トーワ」		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。
30	いつも出ているベポタスチンをベタヒスチンで出してしまった。	名前が似ているので間違えた。	棚に類似薬品ありの表示をするようにした。	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「日医工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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」の処方を書き換えてベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」で渡す患者さんより問い合わせにて間違い気付き取り替える	似ている名前にて用心していたが疲れのため見過ごす	休憩しっかりとること薬情に見ながら渡すが注意不足にて気付かず	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	当薬局では調剤棚は名前順になっている。ベタヒスチンとペポタスチンは名前が似ていること、ヒートの色もどちらも青系統で似ているため、ミスのないように以下の防止策をとっていた。○場所を「は」の範囲内ですらす○調剤アシストシートに「ピッキングミス多発・注意」とコメントが出るようにする○ミスを共有する しかし実際に患者様に渡してしまい、当該患者様から「薬が違うのではないか」との訴えがあり調剤過誤が発覚した。	薬の名前とヒートの外観が似ていることが原因かと思われる	○ペポタスチンのメーカーと東和薬品から辰巳に変更し、ヒートの色を変える○調剤棚と引き出しにそれぞれ場所をもっと離す	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	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。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
33	患者様が処方箋を持って来局した。処方箋にはベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 1日3錠分3毎食後7日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数4年)はベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」を調剤するところ誤ってペポタスタチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調剤し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが調剤過誤に気付き間違いを伝えた。薬剤師Aはベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者様には正しい薬を交付した。	名称が似ていたため間違えた。また患者様が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	取り違え防止のため名称類似医薬品の確認を再度した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスタチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスタ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。
34	ペポタスタチンが処方されているところを誤ってベタヒスチンを調剤してしまった。	確認不足で名称が似ている薬品を調剤してしまった。また棚も上下で連番で続いている薬品だった。	調剤時、焦らず確認しながらの調剤の徹底と似通っている名称の薬品の棚の位置を離すような対策を講じた。	ペポタスタチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」		ペポタスタチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
35	カナグル錠100mgをお渡ししなければいけないところをカナリア配合錠を患者に渡してしまった。交付した次の日に患者本人がいつもと違う薬が入っていたと薬局に来局し発覚した。間違ってお渡ししたカナリア配合錠は服薬はしていなかった。	忙しい時間帯であり焦りがあり、また名称や効能が類似しているため間違いやすかったと思われる。	忙しい時間帯ではあるが、監査、調剤、交付時はしっかり処方箋とものをダブルチェックし、名称が類似しているものはよりいっそう意識をして注意していくことで防げられると思われる。			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。
36	薬のピックアップ時、カナリア処方のところ、カナグルで調剤した。鑑査時に気づいて正した。カナグルの方が調剤頻度が高く、最初の2文字だけを見て調剤していた	・類似薬品名の採用が2つあることを認知していなかった。・薬品名類似である旨を注意喚起するラベルなどの貼付がなかった。・スタッフが欠員しており普段の業務体制でなかった	・類似薬品名の採用が2つあることを認知しておく。・薬品名類似である旨を注意喚起するラベルなどの貼付をする。・スタッフ間で声出し共有する	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。
37	処方交付時に不足の薬があり、後日に届ける不足薬を誤った医薬品で渡してしまった。	医薬品調整時の確認を、薬剤師ではない職員にしてしまい、確認不足であった。お届けする自宅の住所に不備があり、その確認に時間が取られていた。	不足薬の確認は、別の薬剤師がする。出来ない場合は、可能な限り調剤過誤防止機器を使用する。	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。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
38	<p>一般名処方：ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠・プラセボ錠 1T 就寝前 84日分の処方に対し、ヤーズ配合錠で調剤するところを誤ってヤーズフレックス配合錠で入力・調剤、投薬の際に患者より「以前から飲んでる薬で、1か月周期で服用している」と確認したため28日周期(24日間服用後4日間休薬)で説明を行った。その55日後、医療機関にて当該診療に関わる一般名処方加算がレセプト請求にて減点、調剤薬について薬局へ問い合わせがあったことから調剤事故が発覚。処方医に対応について指示を仰ぎ、患者がヤーズ配合錠の用法に準じた服用をしていれば問題ない旨を確認し患者に連絡。ヤーズ配合錠に準じた服用をしており、休薬中に普段と同様の月経があった旨と健康被害がなかったことを確認の上謝罪。休薬の為に余っていた錠剤(計12錠)を処分するよう説明し、服用再開日を間違わぬよう錠剤パッケージに服用日を記入するよう説明を行った。</p>	<p>ジェネリック医薬品の存在するヤーズ配合錠(ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠・プラセボ錠)と、後発品未発売のヤーズフレックス配合錠(ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠)とで一般名が似ていたこと、月経困難症の適応が共通していることがそれぞれ要因の一つと考えられる。また、薬局の入力端末に登録済であったのはヤーズフレックス配合錠のみであり、ヤーズ配合錠は未登録であった。そのため入力時に3文字入力一般名を検索しヒットした薬品はヤーズフレックス錠のみであり、これを正しいと思い込み選択してしまった。そのまま入力者が入力通りにピッキングを行い、監査・投薬する薬剤師が注意不足により処方箋の一般名の末尾まで確認できていなかった。さらにヤーズフレックス配合錠の後発品が未発売であることを知っていれば一般名処方に違和感を覚えられた可能性があり、加えて一般名が似通っている薬剤があることを意識していれば気づけた可能性もあり知識不足も要因であったと考えられる。</p>	<p>配合錠の一般名は文字数が長いものが多く、特に見落としやすいことを念頭に末尾まで一致するか確実な確認を徹底する。入力端末未登録の医薬品は特に注意が必要であり、今回の様に反射的に登録済み医薬品を選択してしまわないために一般名類似薬は予め登録しておくことが有効と考えられる。これを確実なものとするため医薬品の新規採用・登録があった場合は一般名類似医薬品も調べて登録を行うこととした。</p>	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		<p>ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	<p>【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠・プラセボ錠と記載されてある処方箋の持ち込みがあり。ピッキング者に関しては初めて見る薬でレセコンの一般名処方による検索で同一のものがないため薬剤師に確認し、ドロエチ配合錠(ヤーズ配合錠)の処方間違いがないこと確認。入力者に関してはレセコン上では【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠・プラセボ錠と同様の一般名の薬がないために。前回は別の薬局でヤーズフレックス配合錠で処方されていたためにヤーズフレックス配合錠で入力。鑑査時にピッキングしたものと入力の不一致が発覚。再度ドロエチ配合錠入力を変更し。間違いなく患者に薬を交付した。</p>	<p>当グループのレセコンに関してではあるがヤーズ配合錠の一般名処方【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠と表示。ヤーズフレックス配合錠の一般名処方【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠(フレックス)と表示。処方箋に関しては事例の詳細に記載してあるように【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠・プラセボ錠と記載されているために入力を行うスタッフには理解しづらかったとのこと。お薬手帳にて前回処方がヤーズフレックス配合錠で記載があったため、入力を行うスタッフはヤーズフレックス配合錠で入力を行い。ピッキングと入力との不一致が発覚した。</p>	<p>今回と同様のケースの調剤事故が当グループないで過去に発生していた。医療安全ミーティングで一度事例について検討を行っていた。今回のような配合剤におけるミスはちゅういが必要であることを後日ミーティングで全スタッフに周知。入力の際に不明な時には保険薬価辞典で確認するように説明。各社レセコンの違いにより一般名処方の表示方法が異なる場合もあるのでその際には薬剤師に確認するように事務スタッフには伝達</p>	<p>ドロエチ配合錠「あすか」</p>	<p>ヤーズフレックス配合錠</p>		<p>ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
40	約3か月ごとに定期通院し、ヤーズ配合錠(後発品ドロエチ配合錠にて調剤)が処方されている患者において、ヤーズフレックス配合錠に処方の変更された。レセコン入力者は前薬と同じ後発品にて入力し、そのまま調剤・監査された。交付時に患者の訴え(同じ薬のようではあるが、毎日服用するようなタイプにすると説明を受けた)と齟齬が生じ、処方内容を確認したところ入力・調剤の誤りに気が付いた。正しい規格のものへ修正し、交付した。	薬品の名称類似	患者からの情報聴取の徹底と、非薬剤師とも複数規格のあるものについて情報を共有する。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
41	ヤーズフレックス記載の処方箋持ち込みの患者入力事務は、YJコードから在庫ある商品へ変更を試みた際に、選択画面に出てきたヤーズとドロエチ配合錠から調剤指示をかけた。調剤者・監査・交付者は処方せん内容と交付した薬品(ドロエチ配合錠)の違いに気づかずそのまま交付した。交付後、交付した薬剤師が誤りに気づき、後日患者へ連絡し交換してもらった	翌日が祝日の就業間際の少人数での対応だったこと入力者及び交付した薬剤師は勤務歴1年だったこと。焦りもあった	レセコンに入力時に注意喚起するようコメントを付与した	ドロエチ配合錠「あすか」	ヤーズフレックス配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
42	コンプライアンス維持のため一包化の指示がある処方箋を受け付けた。タケルダ配合錠が処方されていた。タケキャブ錠10mgを調剤し分包した。渡す時に間違いに気がついた。	患者は薬局閉店間際に来局した。患者が急いでいる様子が気になった。タケルダ配合錠が処方されていた。タケキャブ錠10mgを調剤し分包した。渡す時に間違いに気がついた。	忙しい時は、鑑査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者と鑑査者と交付者は別の人物とする事で三重のチェックを行い、処方箋の見間違いを防ぐ事になる。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
43	定期薬服用中の患者様が処方箋を持って来店。事務が入力、薬剤師が一人で調剤から監査まで行った。薬歴確認時に誤った類似名称の薬を取り揃えていたことが発覚。お渡しする前に正しい薬に取りそろえてお渡し。	患者が徐々に増えていく時間対と分包紙の交換のタイミングと重なって内心焦りがあった。定期の患者の顔を確認し安心して調剤に対して慢心が生まれれてしまった。	調剤監査システムの利用徹底。薬棚、薬箱に注意喚起を掲示し注意意識を促す。	ノルバデックス錠 20mg	ノルバスク錠 2.5mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	Rp.スピオルト 処方のところ、スピリーバを調剤。監査した薬剤師が見逃し、別の薬剤師が投薬時に発見した。	・薬品名、デバイスの類似。・最初の文字だけ見て、現物と処方せんを突き合わせていない。監査など手順の不順守。	・同監査ミス、ピッキングミスは、これまでに何度も発生している。間違いやすいものとして再認識し、各々の手順を再確認、徹底する。	スピオルトレスピマツト 60吸入	スピリーバ 2.5μg レスピマツト 60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
45	レスピマットの取り間違い	不慣れなリフィル処方箋の受付と一包装対応等、常勤者のいない状況で少ないスタッフで業務を遂行し慌てた状態であったため、注意力が落ちてしまった。	同一デバイスの取り間違えないよう徹底し、手順を厳守する。	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。
46	投薬時に患者より先生から前回と同じ薬を出すと言われた。薬歴画面を確認するスピオルトレスピマットからスピリーバレスピマットに変わっていた為疑義照会したところ前回から処方方がスピリーバレスピマットに変更されていたことが発覚した。前回処方方が変更されている事に気付かずスピオルトレスピマットを渡していたスピオルトレスピマットは以前より使用しており健康被害は特になし。主治医に経緯を説明し誤った薬を使用されたことを謝罪し今後の対応を相談した。今回はスピオルトレスピマットを引き続き使用する事となった。	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットは名前が類似しているため入力者が処方の変更気付かなかった。調剤者も気づけず今までと同じスピオルトレスピマットをピックアップした。薬歴を開いた時に「スピオルトレスピマットはセットしてお渡しする」のコメントがポップアップされるようになっていた為スピオルトと思い込んでしまったことも考えられる。またスピリーバレスピマットの在庫がなかったことも間違いの原因になったとも思われる。当薬局では調剤監査システムを採用しているが入力とピックアップの両方が同時に間違っていた為チェックに引っかからなかった。監査者も前段階のチェックで引っかかる事もなかったので処方の変更気付かずそのまま投薬してしまった	レスピマットには複数の種類がある事を全員に周知した。在庫の棚にもわかりやすいラベルを設置した。	スピリーバ2.5μg レスピマット60吸入	スピオルトレスピマ ット60吸入		スピオルトレスピマ ットとスピリーバレスピマ ットの販売名類似につい ては、薬剤取違い事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を 実施しているところ である。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
47	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を発注するところ スピオルトレスピマット60吸入を発注していた。	発注時の入力のおせり・思い込みがあった	類似する薬剤がある場合は 発注システムに入力する際 最後まで薬剤の名称を声を出して確認する事	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。
48	スピリーバレスピマット処方のところ、スピオルトレスピマットでお渡し。月末在庫確認の際、調剤過誤が発覚。デバイスが同じのため患者様は気づかず使用していた。手足の震え、動悸、胸痛など薬剤による体調不良がないことを確認し、交換した。処方元に調剤過誤報告書を提出した。	薬剤名の類似、同じデバイスのため、調整者・交付者とも見落としと思われる。	薬剤名や包装が類似していることを再認識し、調剤・交付時に処方せんの確認をしっかりとる。交付時に薬剤名を読み上げ、患者様と一緒に確認する。	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。
49	処方された薬はスピリーバの方だったが、誤ってスピオルトを患者さんに渡してしまった。次の日、気づいて患者さんに電話したところ、まだ使ってなかったので訪問してスピリーバを渡した。	スピリーバとスピオルトは薬剤名と外形が似ていること。また、患者さんとのコミュニケーションがたりなかったこと。監査者とのコミュニケーション不足など。	薬剤名や外形、商品名が似ているので、類似ものがあるという印を付ける。薬の置く場所を離す。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	スピオルトレスピマツ処方所の、スピリーバレスピマツを交付した。(薬局は家族のみ) 後日、発注業務にて交付間違いに気が付いた。患者に連絡したところ、定期処方である為に前回交付の物を使用中であり、今回交付したものはまだ薬袋から取り出していなかった為、服薬せずに済んだ。	繁忙時に早く渡さなければいけないという焦りがあり思い込みと確認不足で、ピッキング(調剤補助)・監査交付(薬剤師)を行ってしまった。	薬品在庫付近に吸入(スピリーバ・スピオルト)の取り間違い注意の記載と、レセコン(レセ入力・薬歴)で2種薬剤のいずれかの処方があった場合に、注意喚起できるような記載を行う。	スピオルトレスピマツ60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入		スピオルトレスピマツとスピリーバレスピマツ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	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入用が処方された。調製者がピッキングの際、誤ってスピオルトレスピマツ60吸入用を調製した。しかし、調剤監査支援システムで監査エラーを起こしたため、調剤ミスは未然に防ぐことができた。	ピッキング者はスピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入用とスピオルトレスピマツ60吸入用を在庫していること知っていたが思い込みによりスピオルトレスピマツ60吸入用をピッキングしてしまった。	同じ「スピ」の記載があるため、前半に書かれた薬剤名をみて思い込まず、きちんと最後まで薬剤名を確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入	スピオルトレスピマツ60吸入		スピオルトレスピマツとスピリーバレスピマツ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	スピリーバを調剤するのを、スピオルトを調剤して患者に交付、服薬指導する。患者帰宅後、事務員より、在庫数量相違を指定され、医薬品照合機等で、再確認して、過誤を確認する。薬歴の電話不可で、自宅訪問する。ご主人に、説明している間に、本人が、帰宅され、説明後、了承して頂き、使用前に、正しいものと交換する。	類用の医薬品ではないが、普通に名称を見ればわかる所、調整、監査、交付と、間違えた。基本的な行為の確認を研修し、業務の遂行していく。	いつもの通りに、正しく、安全に業務を進める。	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入	スピオルトレスピマツ60吸入		スピオルトレスピマツとスピリーバレスピマツの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
53	6/5使い始めようと吸入薬をセットして蓋の色が違うことに気が付いたと患者さんが来局。薬袋にはスピオルトレスピマットと記載があるが、中身はスピリーバレスピマットが入っていた。	前回5/9には吸入薬が残っていると処方なかった。4/7の調剤ミス。当日は常勤薬剤師が有休で、他店舗からの応援薬剤師だったため慣れておらず。ダブルチェックはしているも事務員が揃えた吸入薬の間違いに気が付かなかったものと推察される。	引き続き2人でのダブルチェックを続けると共に、投薬時には患者さんにも確認してもらいお渡しすることを徹底する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ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。
54	スピオルトレスピマット60吸入をお渡しするところをスピリーバ2.5レスピマットをお渡ししてしまった。後日患者がいつものと色が違うと指摘あり。発覚した。	若手薬剤師の思い込みと監査者の思い込みによる間違い。	棚にスピリーバとスピオルト間違い注意の張り紙。外用剤はなるべく患者に物を見せて確認するようにする。外用剤は特に違う薬では形状や色が違うためわかりやすい。今回もキャップの色が違っているので見せていれば過誤を防ぐことができた。			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。
55	スピリーバレスピマットを処方された患者に誤ってスピオルトレスピマットを投薬してしまった。後日在庫が合わず、間違いに気付いた。すぐに患者様に連絡したところ、前の吸入薬がまだあるので、使用していないとのことだった。間違いを説明し謝罪。ご自宅に伺い薬剤をお取替えし、再度謝罪した。	いつもレスピマットを処方されている患者と認識、スピオルトと思い込んでしまった。監査システム機器を使用しているが、バーコードの読み込みがうまく出来ず、目視でOKとしてしまった。	これまでも監査システム機器がうまくバーコードを読み込まないことがあり、そのまま目視で通していることが多々あった。出来る限り監査システム機器に、バーコードを読み込ませるように周知した。また薬剤名をよく確認して監査することも周知した。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入用が処方されていたところ、誤って、スピオルトレスピマット60吸入用を投薬するところだったが、患者様本人が、容器の色が違うことに気が付かれ、間違いに気が付いた。	当該患者様には、初めてではなく、数回スピリーバレスピマットの処方が出ていました。スピリーバレスピマットは、カートリッジのセットに力があるので、いつも患者様の目の前で、カートリッジを容器をセットしていました。その時に「蓋の色が鮮やかになったね」と言われ、「変わっていませんよ」と答えながら、調剤間違いに気が付きました。	近い場所に置いているので、「スピリーバ、スピオルト出し間違い注意」の張り紙をしました。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	スピオルトレスピマットが処方されていたが、スピリーバレスピマットを調剤し、そのまま監査を通してしまった。投薬者が事前に気づいて本人に指摘した。	イメージ調剤、気の緩みがあったと思われる。	特に類似名称薬には気をつけることを徹底する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
58	<p>2023年2月某日、患者(73歳男性)より処方箋を受け付け。当薬局は初めての利用だった。アドシルカ錠20mg 1錠分1朝食後が処方されていた。持参したお薬手帳を確認したところ、先月、他の病院で処方されていたのは、タダラフィル錠ZA5mg 1錠分1朝食後であった。患者に確認した所、総合病院からクリニックに転院し、今日は今までと同じ薬を出すと言った。処方医に電話にて疑義照会したところ、アドシルカ錠20mg処方削除、タダラフィル錠ZA5mgへ変更となった。</p>	<p>アドシルカ錠は一般名タダラフィルであり、処方医が規格を間違え、誤った医薬品を処方してしまった。</p>	<p>お薬手帳で服用薬の記録を確認し、処方に間違いがないかを今後も注意深く確認する。</p>			アドシルカ錠20mg	<p>タダラフィル製剤において一般名が同一であることによる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>
59	<p>先発名処方ではアレロックOD錠5mgが処方されていた。アテレック錠5mgと見間違えて、シルニジピン錠5mgをピックアップした。監査した薬剤師が間違いに気づき、患者に渡す前にオロパタジン錠5mgに取り直した。</p>	<p>ピックアップした薬剤師が名前の類似した薬に注意できてなかった。</p>	<p>名前が類似した医薬品に改めて注意を払う。ダブル監査の徹底。</p>	アレロックOD錠5	アテレック錠5		<p>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。</p>

類型 の事例(製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	先発品希望の患者であり、類似名称でのピッキングミスがあった。	類似名称品の間違い。忙しい時間帯ではなかった。	薬棚に注意喚起のシールを貼った また、薬局全体に周知を行った。	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。
61	アテレック錠5mg処方のところを、誤ってアレロック錠5mgを調剤した。数日後、アテレック錠5mgを返品する際在庫が合わないことで発覚。自宅へ伺い誤って調剤していたことが確認された。幸い程よく残薬があり、服用には至らなかった。	2人薬剤師店舗だが、当日は忙しく、管理薬剤師がコロナで休みだったため、応援に入った薬剤師が当事者となった。不慣れなこと、調剤監査機器の使い方、判断などが不足していた。監査機器は誤った薬であったため読み込んでいなかった。	ダブルチェックが適切になされなかったことも要因である。薬剤師は二人勤務していたため、適切に確認されるべきであった。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
62	11歳の患者様に花粉症でアレロックが処方されていたが、アテレックでのピッキングをしていた。鑑査時に鑑査者が名称が異なっていると発見。	どちらも引き出しの中で近くに置かれていた。また、忙しく薬局が混雑している状況であった。	片方を引き出し、もう片方を棚上に配置を変えた。	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。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
63	ピッキングの際、アロチノロールをピッキングすべきところをアロプリノールをピッキングしてしまった	薬品名における類似薬の伝達・把握不足入社7か月の新人事務員	薬局内における類似名の薬剤の情報共有、リスクについての教育を行う類似名注意の付箋を付けて、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「杏林」		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。
64	胃腸科の処方に抗てんかん薬のエクセグラン錠が処方されていた。てんかん既往歴もなく今回の処方初めであった。病院に問い合わせたところエクセグランでなくてエクセラゼ配合錠の間違えと判明。	病院での手書き処方箋の読み間違いが原因と思われる。	常に処方意図を読み取り患者様とのコミュニケーションをとる。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
65	エクセラゼ配合錠が入荷困難になり処方中止になったところにエクセグラン散が処方記載されていた。3g分3毎食後56日分外科の処方であったため疑問をいただいたが、家族に確認したところ本人が頼んだのでしようとの回答をうのみにしてそのまま交付	代理でもらいにこられた家族の人も時間をいそがれていた。エクセラゼ配合錠の処方間違いではと処方に疑問をもったが疑義せずにエクセグラン散の一日用量通常より多い量であった点疑問に思わず、交付してしまった。	1 処方が診療科に適しているかの確認 2 処方薬の用量が適正かの確認 3 処方に疑問を感じた場合は必ず疑義照会することを徹底する			エクセグラン散20%	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
66	定期処方でルセフィ錠2.5mgを服用中の患者に臨時でルパフィン錠10mgの処方追加があった。薬袋に入れ間違っていて、投薬時に説明しているときに間違いに気が付いた。	名称が似ている薬だったので注意喚起の印をしていたが、慣れと注意不足もあって入れ間違いをしまった。	薬袋に薬剤名を印字しているので最終確認をしっかりとるようにする。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠2.5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取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。
67	当該患者にアスペノンカプセル20mgが新規処方された。薬局に在庫が無い薬であったため状況を確認しに行くとな本日から薬が変わると聞いているとのことであった。その際に不足分は後日郵送で対応することで承頂いた。その後同患者の処方箋の別の内容について疑義照会があり時間がかかった。それに対して同患者は不満を持っていて投薬時には体調面で詳しい話を聞くことが出来なかった。ただし、咳が出ているという情報は確認していた。処方の翌日に医療機関より連絡がありアスペノンカプセルはアスピリン錠の処方間違いであったことが伝えられた。患者に連絡を取ると不足薬は既に到着していたがまだ未服用であったためアスペノンカプセルは服用しないように伝えた。ご自宅まで伺いアスペノンカプセルを回収、正しいアスピリン錠をお渡しして以降服用頂いた。	当該患者はアスペノンカプセル以外にも薬が変更になっていた。(そちらは変更で問題なし)不整脈の有無などを確認せずに薬の変更のみで確認した所齟齬が発生した。投薬者は体調変化を多少確認出来たものの、咳に対しては他の薬剤(トローチ)が処方されていた為問題ないと考えてしまった。また、患者が不機嫌であったため深く体調変化や変更理由を確認する事が出来なかった。	処方変更が複数ある際に簡易的な確認しかしないと今回のような事例が発生する恐れがある。たとえば患者が不機嫌であったとしても処方内容に違和感がある場合は疑義照会を行う必要がある。			アスピリン錠20 アスペノンカプセル20	アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型 の事例 (製造販売業者等により、既に対策が取られている事例、または既に対策が検討されている事例)
 (事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品の包装の外観類似、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	
68	プロスタール錠25を調剤するところプロタノールS錠15mgを調剤。	名称類似	薬の薬効から気付けるように知識や注意力を身に付ける。	プロスタール錠25	プロタノールS錠15mg		プロスタールとプロタノールSの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
69	今まで服用していた睡眠薬で効果が悪くなり、かなり久しぶりにマイスリーが処方された。調剤は処方箋通りのマイスリーだったが、入力ミスでマイスタンが薬袋、薬情、お薬手帳に記載された。最終監査をそのままスルー。投薬時に薬剤師が発見して印刷物と領収書を差し替えた。	合計12種類の薬剤が処方されそのうち4種類が該当のマイスリーと同じ睡眠前の服用であった。その前の患者様の調剤に時間がかかってしまい若干待たせてしまったこともあり、入力のみならず調剤業務もやや焦り気味になっていた。最終監査では通常お薬手帳のシールと処方箋原本を見比べているが最後に入力されたマイスタンを見落としてしまった。	類似名称薬品一覧を作り、デスク上に貼付しておく。入力の最終監査はなるべくなら薬剤師が2人で行う事に。	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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
70	<p>転院され初めての処方のため、カルテからの記載ミスであるということでした。今まで当薬局を利用されているため、間違いがわかった。手帳の持参もありミスに気づけました。</p>	<p>新規の患者様のためにカルテからの記載ミスであったと思われる</p>	<p>病院があつていると思わず確認もためにも必ず疑義照会を行う</p>	<p>フランドル錠20mg</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取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。</p>
71	<p>退院後、自宅近くのクリニックに引き継がれ、初めての診察・処方となる際、処方箋には「硝酸イソソルビド」となっていた。患者さんのお薬手帳などにより、入院中の処方内容と照らし合わせ確認すると「一硝酸イソソルビド」となっているので、クリニックの担当医に疑義照会し、硝酸イソソルビド → 一硝酸イソソルビドに処方変更となる。</p>	<p>病院内における処方内容の確認不足。</p>	<p>入退院時は薬剤名・用量などを注意する。特に類似薬名に注意する。また、剤形、mgなどにより適応が異なることもあるので確認する。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取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。</p>

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
72	施設入居の際の処方で、事前に情報提供書を担当医も薬局も入手していたが、継続すると思われた処方に情報提供書記載の処方と異なる点が数か所みられたので、意図を確認するため照会。情報提供書と異なる点は3つあり、粉碎調剤をしていたが処方に粉碎指示なし。硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されているが、情報提供書では一硝酸イソソルビド錠20mgだった。アムロジンOD錠5mgが1回2錠 1日1回夕食後服用で処方されているが、情報提供書ではシルニジピン錠10mg 1回1錠 1日1回夕食後服用だった。それぞれ照会により粉碎指示追加、アイトロール錠20mgへの変更、アムロジンOD錠5mgは1錠に変更となった。	・医療機関側が先発医薬品名での処方を続けているため、医療機関との連絡で一般名での伝達が通じない。(情報提供書記載は一般名だったが、医療機関職員は先発名でないと理解できない習慣になっている。)・施設側が服薬管理をどのようにしてきたかを、情報提供書を通じて担当医が理解していなかった為、粉碎指示が記載なかった。・類似した一般名の医薬品名に対し、普通錠と徐放錠の違いを認識していなかった。(先発医薬品名に置き換えて説明したが、すぐに理解されなかった)・Ca拮抗薬の選択意図や比較換算を熟知していなかった為、入居前で患者を実際に担当医が診ていないのに、安易に普段処方している薬剤に変更しようとして、換算を誤った。	新規に施設入居患者の場合は、以前から服用している薬剤が有ることを前提に、情報提供書など事前確認できるものがあれば処方受付の際に照合して、変更点や処方誤りなどを照会できるように習慣づけている。			硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」 一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」 アムロジンOD錠 5mg シルニジピン錠 10mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
73	(般)硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg新規処方手帳で確認したところ、他院退院時処方アイトロールが処方されており疑義照会→アイトロール20mgに変更	アイトロールの一般名(一硝酸イソソルビド)と似ており、同規格20mgであったため間違えて入力されたと推定	自店で新規処方の場合、手帳にて以前の処方と比較して相違点をチェック相違点があった場合、Drから説明があったか患者本人に確認	硝酸イソソルビド徐放カプセル 20mg 「St」	アイトロール錠 20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
74	転居に伴い転医となった方。処方内容の切り替えについてお薬手帳にて確認。薬剤変更となっていたが特に変更の話は聞かれていないとの事。処方医へ確認おこない誤処方であったとのことで硝酸イソソルビド徐放錠(20)→一硝酸イソソルビド錠(20)へ薬剤変更となった。	薬剤名類似しており医師が処方時に間違えたと思われる。	他の病院からの処方切り替えとされている際はお薬手帳で処方内容変更ないかしっかり確認をおこなう。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	アイトロール錠 20mg		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。
75	前回までアイトロール20で処方されていたが今回一般名で硝酸イソソルビド徐放錠20になっていた。アイトロールの一般名は一硝酸イソソルビド錠20のため、患者に変更聞いているか確認、変更は知らないとのことでDr確認。今までと同じアイトロール20の一般名一硝酸イソソルビド錠20に変更となった	製品名から一般名にするときに名称が似ていたため間違えたと思われる。	引き続き患者聞き取り、お薬手帳の確認を行う。	フランドル錠 20mg	アイトロール錠 20mg		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。
76	基幹病院から地域密着病院への転院による継続処方一硝酸イソソルビド錠20mgを服用していたが今回硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgが記載。	名前が類似しているためカルテの記載ミスだと思われます。	転院の時も前医院と変わらないか手帳などでしっかり確認する。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
77	花粉症を訴え、処方箋を持参。モンテルカスト分1眠前と、ベタヒスチンメシル酸6mg 2錠分228日分が処方本人に確認するもめまいの傾向はない。医師にも、以前もらった他院での薬手帳を見せて処方してもらったとの事。手帳にはベポタスチンベシル酸塩錠10mgと記載されており、疑義紹介実施。	類似名による間違いと思われた。	処方薬をオートマティックに調剤することなく、患者の症状と今回の処方が適切か、常時確認することが必要と思われる。	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OD錠5mg 「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。
78	定期的にカナリア配合錠を服用している患者が、今回の受付も同様にカナリア配合錠の記載のある処方箋を持参した。それに伴い調剤し、交付する際に患者家族より、血糖値の薬を弱い薬にすと言っていたという申し出があり疑義照会を行ったところ、カナリア配合錠ではなくカナグル錠100mgを処方する予定であったと判明し、処方変更となった。	前回のままのカルテを患者に伝え、今回の受付も同様にカナリア配合錠の記載のある処方箋を持参した。それに伴い調剤し、交付する際に患者家族より、血糖値の薬を弱い薬にすと言っていたという申し出があり疑義照会を行ったところ、カナリア配合錠ではなくカナグル錠100mgを処方する予定であったと判明し、処方変更となった。	継続処方でも患者からの情報の収集を怠らず、必要に応じて疑義照会を行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
79	処方箋ではヤーズフレックス配合錠で記載があったが、前回他薬局で受診した際はヤーズで処方だったヤーズフレックス配合錠に戻すとも受診時は話に無かったので気になるとの事→疑義照会でヤーズ配合錠に変更	薬剤名が類似している、カルテの不備が原因だと思われます	前回処方と内容を照らし合わせ、不備がないか確認する	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
80	<p>タケキャブ錠10mgがもともと処方されていたが、タケルダ配合錠に変更になっていた。薬は本人ではなく、家族が取りに来ていたため、体調の変化や薬が変更になる話は聞いているか確認したところ、体調に特に変わりはなく、薬が変更になるという話は聞いていないということだった。医療機関に問い合わせたところ、タケキャブ錠を品薄のキャブピリン配合錠と勘違いしてしまい、タケルダ配合錠に変更してしまったということで、薬の処方タケキャブ錠10mgに戻すことになった。</p>	<p>キャブピリン配合錠が出荷調整で品薄になっており、タケルダ配合錠が単剤の組み合わせに変更してほしいと薬局側が依頼していたため、似た名称で勘違いをし、薬を変更してしまった。</p>	<p>出荷調整による薬の変更をお願いした後は似た名称による勘違いでの薬変更をしていないか注意する</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>
81	<p>当薬局を久しぶりに利用する患者にタケルダ配合錠 1錠 分1 就寝前 14日分が処方された。患者への聞き取りで血管系の疾患はないとのことだったので、処方医に電話で疑義照会を行った。結果、タケキャブ錠10mg 1錠 分1 就寝前 14日分に変更となった。</p>	<p>薬品名が類似しているため誤って入力した可能性。</p>	<p>類似する薬品名に注意し、患者の症状や病歴の聞き取りを行う。</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>

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
82	胃潰瘍と診断された患者に対し、タケキャブを処方するつもりが、胃の血流量減少により胃潰瘍を悪化させるおそれのあるタケルダが処方されていた。患者からの聞き取りにより、胃潰瘍の治療であることが判明し、医師に疑義を行い、タケキャブへと処方変更になった。	医薬品名が類似しており、処方の際、処方医が誤って入力してしまったためと考えられる。	患者からの聞き取りによりどのような疾患に対して薬が処方されているかを明らかにし、新たに処方された薬において、患者の主訴と薬の効能を照らし合わせる、電子薬歴の警告を見逃さないことを徹底する。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
83	血圧が高かったから変更になったとのことだったが、処方がノルバデックスだった。元々ノルバスク(5)を服用しているので処方医に確認したところ、入力ミスだった。	医師もノルバデックスを入力したことに気づいていて、直したつもりだったが直ってなかった様子。確認もれと思われる。	患者さんの話を良く聞いて確認する。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	いつもノルバスク錠5mgをのんでいるが寒くなってきてノルバスク錠10mgに増量。ノルバスク錠10mgが処方されるはずがノルバデックス錠10mgが処方されていた。	パソコンの打ち間違い	いつも何の薬がでてくるか患者様の情報を確認し、患者様からも情報確認して薬がっているか判断する。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
85	元々高血圧症で受診されており、ディオバン80mgを服用していたが効果がイマイチのため、追加薬があるとの事で処方を確認した際に、ノルバデックス10mgが追加されており、ご本人様に該当するような疾患がなかったので、疑義照会を行った。	ノルバデックスとノルバスクは非常に名称が似ているので、レセコンの記入時に名称を間違えて選んでしまった可能性が高い。	薬歴の確認と、実際に患者様とよく話をし、いつもと明らかに違う状態を素早く冷静に判断する習慣を身につけておくこと。	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。
86	アムロジピン錠10mgを服用していた患者。先発品に処方を変えてほしいと診察時医師に話した様子。ノルバスクが処方されるべきところ、医師が誤ってノルバデックスを選択し、処方箋を患者に交付した。薬局で気づき疑義照会し、ノルバスク錠10mgに変更となった。	電子カルテで「アムロ」と呼び出したあと、選択ミスをしてしまった。名称も類似している上、規格がどちらも10mgであったこともミスにつながった可能性がある。	もともとアムロジピンを服用していた患者だったため比較的容易に医師側のミスに気付いた。	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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
87	気管支喘息の患者が発作を起こし、メプチンエアーとスピオルトレスピマットが処方された。定期薬でフルティフォームを使用中なので、フルティフォームを中止してスピオルトレスピマットに切り替えるのか尋ねたところ、併用するよう医師より指示があったとの回答だったため問い合わせ。スピリーバレスピマットの間違いとのことで処方箋が差し替えとなった。メプチンエアーは発作時専用のため変更なし。	名前が似ているため、レセコンへの入力の際に間違えたものと思われる。	今回はお薬手帳を持参していなかったが、薬歴やお薬手帳で重複等が無いかを十分に確認する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2, 5 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	スピオルトレスピマット処方患者のお薬手帳確認したら他病院からオンプレス吸入カプセルが処方されていて長時間作用性 β 2刺激薬が重複するため処方医に疑義照会。確認後、スピリーバレスピマットに変更となる。	処方医が他病院の併用薬を確認していなかった。	吸入薬が他病院からも処方されている場合は成分重複がないか確認を徹底する	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ1, 25 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	シムビコート使用の患者にスピオルトが重複処方されており、患者に聞き取りしたところ切り替えではなく同時に使用すること。 β刺激の成分が重複しており併用禁忌になる旨をお伝えしたところ、スピリーバと間違えて処方されていたため変更となった。	似た名称で薬品名の勘違いで処方されていた。	重複チェックが漏れないように配合薬の成分を確認。似た名称の薬があることも把握するように情報共有した。	スピオルトレスビマツト60吸入	スピリーバ2, 5μgレスビマツト60吸入		スピオルトレスビマツトとスピリーバレスビマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	【般】タダラフィル錠20mg「AD」の記載あり。新患であり、問診を取った際に頻尿での来局と聞き取りができ、【般】タダラフィル錠5mg「ZA」の入力間違いではないかと判断。疑義照会の結果、【般】タダラフィル錠5mg「ZA」へ変更となった。	処方箋発行医師は泌尿器科医としてベテランではあるが、転勤後数日であり、レセコン操作に不慣れであったことが考えられる。	【般】タダラフィルには複数医薬品が存在することを周知する。			ザルティア錠5mg アドシルカ錠20mg	タダラフィル製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
91	<p>普段から当局を利用されている患者が処方箋をもって来局した。アロチノロール塩酸塩錠10mg 「DSP」 1錠朝食後90日分で処方されていた。薬歴とは異なり、長期処方にもかかわらず本処方では薬の変更となっていたため、医師から変更について聞いているか確認したところ、症状も変わりなくいつもと同じ薬と説明を受けていたため、処方医にFAXで疑義照会した。その結果、従来通りのアロプリノール錠100mg 「アメル」に変更となった。</p>	<p>薬剤検索で2文字の検索をしたと思われる。成分名において文字数も同じで最後の文字も同じであったため該当薬品名を入力したようだ。</p>	<p>薬歴や患者からの聞き取りなど、情報収集をしっかりとすることにより、処方内容に誤りがないか確認していく。</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠10mg 「DSP」</p>	<p>アロプリノール錠100mg 「アメル」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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>
92	<p>当薬局を利用している患者様の継続処方にアロプリノール100mg が追加されており、継続服用していたアロチノロール錠10mg が処方削除されておりました。患者様に確認したところ、医師から処方変更があったとは聞いていないようだったので疑義照会を行いました。疑義照会の結果、アロプリノール100mg は削除となり、アロチノロール10mg に変更となりました。</p>	<p>医師が処方箋を打ち込む際に、「アロ」の頭文字のみで入力し、出てきた医薬品をアロチノロール錠10mg と判断し、処方箋発行してしまった可能性が考えられます。また、入力内容を確認せず処方箋発行をしてしまったことも考えられる要因です。</p>	<p>引き続き患者様の処方内容と服用歴を確認するとともに、患者様も処方内容を確認していこうと思います。</p>	<p>アロプリノール錠100mg</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠10mg 「DSP」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
93	一般名処方でもサブリドクエン酸塩錠5mg3錠分3とゾニサミド錠100mg3錠分3 7日分の処方が入った。患者に症状を確認したところ胃腸症状のみの訴えであった。ゾニサミドを使用する症状とは考えられなかったため処方元医療機関に疑義照会したところ、エクセラーゼ配合錠の間違いであったと発覚した。	エクセラーゼ配合錠を処方したかったが、販売中止薬であり、カルテの薬品マスタから削除されていたため、薬剤が選択できなかった。そのため薬剤名の類似したエクセグランを選択してしまったと考えられる。	処方内容に疑問が生じた場合は、患者から症状や診察時に医師からどのように言われたか等を聞き取り、納得できない場合は疑義照会する。	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。
94	新規患者にタケキャブ、ガスマチン、エクセグランの処方あり。調剤中、事前にエクセグランが継続薬であるか、また患者に今回の症状を聴取したところ胃腸症状で受診、てんかん合併もないと確認。処方内容の確認疑義をしたところエクセラーゼ配合錠に変更となった。	頭文字3文字が同じなので病院での処方入力ミスが考えられる。	患者に症状の聴取や継続薬であるかのヒアリングを徹底する。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
95	<p>常連患者が定期薬の処方箋を持参された時、いつも処方されていたエクセラゼ配合錠がエクセグランに変わっていた。変更に関して話を伺ったところ、「医師からエクセラゼが製造中止になったので薬を替える」との説明を受けたとのこと。薬効が全く異なるため、類似名での入力ミスを疑い疑義紹介を行った結果、タフマック配合カプセルに変更するところなぜかエクセグランになってしまっていたため、タフマックに変更になった。</p>	<p>エクセラゼと同じ消化酵素剤であるタフマックに変更するはずが、エクセラゼの馴染みが強かったためか類似名のエクセグランで勘違い入力された模様。</p>	<p>新患であれば発見しづらかったかもしれないが、日ごろからその患者とのコミュニケーションを取っており、その方の病状を把握できていたことが発見に繋がった。日ごろからの病状の確認と、薬の変更時には必ずその理由を確認することが必要であると感じた。</p>	<p>エクセグラン錠 100mg</p>	<p>タフマック E 配合カプセル</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>
96	<p>2型糖尿病治療中の患者様に、今回ルセフィ2.5mg 1錠 就寝前追加。用法が就寝前だったこと、持参した検査値が目立った上昇がみられなかったこと、診察時に花粉症の相談をしたとの聞き取りから処方ミスの可能性がありと判断し疑義照会。ルパフィン10mg 1錠 就寝前へ変更となる。</p>	<p>医薬品呼出の際の入力ミス</p>	<p>患者様からの聞き取り、検査結果の確認から薬剤適正使用の有無を判断</p>	<p>ルセフィ錠 2.5mg</p>	<p>ルパフィン錠 10mg</p>		<p>ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
97	処方全体で風邪症状に対する薬が出ていたが、アスピリンだけ不整脈の薬で効果効能が異なっていたため問い合わせアスピリンと間違えてしまったとのことで処方変更して患者にお渡し	薬剤名の類似による処方入力の違い。確認不足での処方箋発行	処方薬の処方意図を考え、患者の訴えと相違ないか投薬時に確認。違和感あるときは速やかに疑義紹介を行っている。	アスピリンカプセル 20	アスピリン錠 20		アスピリンとアスピロ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。
98	咳症状で来局の患者で、処方箋には、「ムコソルバン錠15mg 3錠 毎食後 7日分、アスピリンカプセル20mg 3C 毎食後 7日分」の記載あり。当該患者の処方歴および薬歴に不整脈の既往なく、患者から聞き取った症状にも心臓に係る症状が無かったため、アスピリンカプセルがアスピリン錠の間違いである可能性を疑い処方医に疑義照会を行った。その結果、薬剤名の間違いであることが判明し、「アスピリンカプセル20mg 3C 毎食後 7日分」が「アスピリン錠 20mg 3錠 毎食後 7日分」の処方に変更となった。	アスピリンとアスピリンカプセルの名称が似ており、最初の二文字が同じであったことや、規格が20mgで同じであったことから、パソコン入力の際に間違えたことが考えられる。また最終的な処方内容の確認が不十分であったことが考えられる。	患者に新規処方薬剤や、追加処方薬剤があるときは、患者の症状や処方となった背景を確認し、治療方針に合った薬剤であるかを確認するように心掛けている。	アスピリンカプセル 20	アスピリン錠 20		アスピリンとアスピロンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
99	抗アレルギー薬、鎮咳薬、吸入薬と一緒に、アスペノン(20)処方あり。患者家族に確認したが、不整脈については不明。咳がひどいことのみ確認できた。アスペリン錠(20)と薬名類似、用量同量の為入力間違いの可能性があると判断し疑義照会。アスペリン錠(20)に変更になった。	薬名類似、用量同量の為、ドクターのカルテからの入力間違いか？	患者の症状をよく聞いて、処方監査する。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
100	新型コロナ罹患で処方。症状から不適と考え疑義。アプリンジン(20)からアスベリン(20)へ変更となった。	似た名称の入力間違い。以前にも同じ内容のミスに対して対応した経験があった。	患者主訴や病態と処方内容の照合をしっかりと行うこと。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノ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。
101	ピーエイ配合錠とアプリンジンの処方。発熱外来の処方であること、ピーエイも処方されていることからアプリンジンは適切ではないと判断。アプリンジンの先発品アスペノンとアスベリンの選択ミスの可能性を考察し疑義照会した。	薬品名入力時の選択ミス	薬品名の選択ミスが起こりうる事を考慮して処方内容を注意して監査する。	アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	アスベリン錠10		アスベリンとアスペノ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。
102	耳鼻科からの処方。ジェニナック錠20mg、ムコダイン錠500mg、トラネキサム酸カプセル250mgの処方の中にアスペノンカプセル20mgが処方されていた。患者はアスペノンカプセルの服用歴はなく、処方内容から違和感を感じ疑義したところ、アスペノンカプセル20mg→アスベリン錠20mgに変更となった。	アスペノンとアスベリンは名称も文字の見た目も似ており、処方入力を誤ったと思われる。	今回の事案を共有し、処方内容の違和感を見逃さないようにし、今後も処方監査をしっかりと行う。	アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
103	循環器内科の処方。当薬局新患。 併用薬：カムシア配合錠HD、ア テノロール錠25mg。Rp1)PL配合 顆粒 3g分3、Rp2)アスペノンカプ セル20mg 6カプセル分3、ムコダ イン錠500mg 3錠分3の処方。	名前、規格の類似	処方全体の処方意図の把握用法用 量の確認	アスペノンカプセル2 0	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。
	全体的に感冒時の薬と見受けられたが、その中にアスペノンカプセルという不整脈の薬があること、さらに過量処方という点に疑問を抱き、まず患者様に確認したところ「今日は風邪薬が出ると聞いている。不整脈の薬は他病院で処方されており、薬の追加や変更などの話もない」とのことだった。名前や規格の類似性や、6カプセル（錠）分3という点からアスペリン錠20mgではないかと考え疑義照会したところ、アスペリン錠20mg 6錠分3の処方ミスであることが発覚した。						
104	一般名 アプリジンと記載された 処方箋を持参当該医薬品が薬局に なかったため発注する必要がある と患者に説明、その場で発注しよ うとしたが、当該成分は存在せ ず、アプリンジン20mgを発注し た。その後、アプリジンではなく アプリンジンで良かったか医療機 関に問い合わせをしたところ、実 はアスペリン20mgを処方するつ もりだったことが発覚した。	そもそも、病院の医薬品マスター にアプリンジンがアプリジンとし て登録されている。おそらく、Dr はアスペリンと入力したつもり で、アスペノンを選択→一般名に 変換してアプリジン(アプリンジ ン)で処方。	その他の医薬品から、本当にアプ リンジンなのか検討する必要があ る。患者から新しい薬は何の目的 で処方されたのか聞き取ってから 発注すべきであった。	アプリンジン塩酸塩カ プセル20mg「N P」	アスペリン錠20		アスペリンとアスペノ ンの販売名類似につい ては、薬剤取違え事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を 実施しているところ である。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
105	<p>抗生剤と痛み止めと不整脈薬。組み合わせが不自然と思ひこちらでは新患でしたが患者様に脈の乱れはあるかお聞きすると全くなくこのお薬も飲んだことがないとのこと。一週間前からぜんそくで市販の咳止めを飲んでいたので。その場はそのままお薬を渡してしまいましたですがすぐ病院に確認を取ると担当医は帰宅後で当直医に確認。しばらくして処方が変わっていると連絡で患者様の携帯で連絡を取りアプリンジンは飲まないよう指示して翌日正しい処方アスペリンに変えて薬局頂きお薬交換しました。</p>	<p>お薬の名前の似ていることで入力間違いはあります。患者様との会話で違和感、その間違いに気づくことが出来ると思ひます。</p>	<p>処方そのものの確認。処方監査がまず大切ですがやはり患者様との会話で気づくことがあると思ひますので今後も気を付けていきたいと思ひます。</p>	<p>アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」</p>	<p>アスペリン錠20</p>		<p>アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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>
106	<p>PL配合顆粒、アスペノンカプセル20mg 5日分 の記載がある処方を、受け付けた。患者様は、年齢が若く、不整脈の薬を服用するようには思えず、まず聞き取りを行ったところ、咳の症状で受診したと言われた。処方元に確認したところ、アスペリン錠20mgを処方するつもりであったと確認できた。</p>	<p>処方入力を行う際に、「アスヘ」と入れて出てきたものを誤って選択したのではないかと推測する。アスペリンもアスペノンも20mgであるため、誤って選択してもおかしくはなさそうである。</p>	<p>今回のような、間違いは以前共有すべき事例で見た覚えがある。薬局で、情報共有をおこなっている。患者さんに対する、状態等の聞き取りは、基本中の基本ではあるものの、重視している。</p>	<p>アスペノンカプセル20</p>	<p>アスペリン錠20</p>		<p>アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
107	咳が出ると相談した患者様に一般名処方で、アプリンジン塩酸塩カプセル20mgが処方された。	Drが処方箋の薬剤選択を間違えたと思われる。	患者様から咳が出るためDrに相談したと聞いたため、疑義照会をしたところ、アプリンジン塩酸塩カプセルではなく、アスペリンDSを処方したかったとわかり、処方変更となった。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスペリンドライシロップ2%		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。
108	新しく追加されたアプリンジン塩酸塩カプセル20mgに違和感を覚え添付文書を確認したところ、用量オーバーであった。また、前回の処方ではアスペリン錠20mgが同用法で処方されていたため、疑義照会を行ったところ、薬剤名の類似から誤った薬を入力していたことが判明した。	病院が処方箋の入力をする際に誤った薬剤名で入力したと考えられる。	用法用量の確認を徹底する	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	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。
109	普段より当薬局をご利用されている患者様が在宅療養に変わり病院も変わられた その病院より初めて在宅依頼の処方箋がFAXで届いたため訪問時間や以前の病院の処方との処方内容の違いを確認するため患者宅に電話をかけたところとりあえず以前の処方内容で処方の予定と申し出があったため 薬歴簿をもとに疑義 マイスタン錠の処方ではなくマイスリー錠の処方であった事が判明した	名称が似ている事での病院の事務の入力ミスが原因とのこと 一般名になっていてうちあがった処方箋を確認しても入力ミスに気づきにくかったと思われる	薬剤が変わっている時や病院が変わった時は特に 患者様とのすり合わせを徹底する 薬歴の確認を十二分に行う	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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
110	<p>マイスリー錠5mgを必要時のみ服用している方で、残薬状況により処方有無が毎回変わる。前回、前々回はマイスリーの処方なく、今回定時薬に追加でマイスタン錠5mgが処方された。薬歴で処方歴と既往を確認し、投薬前に患者様へ確認。いつも通りマイスリーをDrに依頼したとお話があったため電話で疑義照会。処方入力誤りで、マイスタン錠5mgは削除、マイスリー錠5mgが追加となった。</p>	<p>薬剤名の類似により、処方システムで選び間違えたのだろう。</p>	<p>以前からマイスタン錠の入力名に(抗てんかん薬)と入れており、初見でも薬効がわかるように工夫している。新規薬剤追加時は投薬前に本人(または家族)へDrから処方追加の説明有無あったか確認している。また、頓服や調節服用の薬剤は薬歴の申し送り事項に記載し、処方有無の確認等に利用している。</p>	<p>マイスタン錠5mg</p>	<p>マイスリー錠5mg</p>		<p>マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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>
111	<p>事前に届いていた薬剤の情報提供書に記載のない薬が処方されていたので、その提供書と良く見比べたところ、寝る前の薬はマイスタンではなく、ゾルピデム(=マイスリー)であることが判明。マイスリーに変更してもらった。</p>	<p>マイスタンとマイスリーは、最初の3文字「マイス」まで同じであり、かつ規格が5mgと同じことから、入力時に間違いが発生したと思われる。</p>	<p>初めて他の病院から移行してくる場合は、今までの薬の内容と間違いがないかの確認を特に強化する。</p>	<p>マイスタン錠5mg</p>	<p>マイスリー錠5mg</p>		<p>マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
112	<p>【処方内容】 アデホスコーク顆粒10% (新規薬) ベタヒスチンメシル6mg (新規薬) メコパラミン0.5mgマイスタン5mg (新規薬) 【交付前の患者からの聞き取り】 めまいで耳鼻科を受診、不眠もあるため眠剤が処方されると医師から聞いている。【薬局対応】 聞き取り内容よりマイスリー5mgと間違えて処方された可能性を考え疑義照会を行った。【結果】 処方がマイスリー5mgへ変更となった。</p>	処方医の入力ミス	同様の処方ミスがあった事を他薬局の事例で目にした事があった為、スムーズに対応を行う事が出来た。医療安全に関する情報(アクシデント・インシデント事例)を積極的に収集しスタッフ間で共有している。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
113	<p>病院でマイスタン10錠寝る前と記載された処方せんを持参された。患者にはてんかんの既往歴はなく、用法用量についても不審に思い本人に詳細確認した。前回受診時に不眠の薬を別の薬に変更されたが、眠れなかったのもとももらっていた睡眠薬(マイスリー5)を出してくれと頼んだと。疑義照会し、(般)ゾルピデム5に変更となり、本人先発希望でマイスリー5をお渡しした。</p>	マイスタン10とマイスリー5の薬品名類似。 最近マイスリーが病院採用品目から外れたらしく、処方入力時にマイと入力したらマイスタン10が上がってきたのを見落とした。	今後も不審な処方内容の薬については必ず確認する。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	いつもマイスリー錠10mgが処方されている患者様に、マイスタン錠10mgが処方されていたため違和感を感じ、患者様にお話を伺ったところ、診察の際、処方変更の話はなかったとのことであったため、疑義照会を行ったところ、定時のマイスリー錠10mgに処方変更となった。	処方した病院ではカルテの電子化への移行が行われており、名称が似ていたため薬品名を選び間違えたと考えられる。	前回と処方内容が異なっていた場合、患者様にお声かけをする。診察の際のお話と、処方内容が異なっている場合は疑義を行う。	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。
115	Dr.の勤務場所変更に伴い、受診する医療機関が変更になったと患者様から伺う。以前は【般】ゾルピデム5mgで処方になっていた就寝前の薬がマイスタン5mgに変更になっていた為、疑義紹介を行い処方間違いであったと確認した。	システムが変わり一から処方を入力しなければいけなかった為、先発名のマイスリーで入力しようとしたところ間違えてマイスタンを入力してしまったのではないかと思われる。	事例共有で発表されている内容には必ず目を通しておくことで同様の過誤を起こさないようにしている。他で起こったミスは他人事だと思わずに自分も起こすかもしれないという意識を持つ。	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。
116	プレドニン錠5mgが新規に処方されていることに疑問に思い、今回受診した経緯を患者様本人に伺ったら、便秘していることを医師に伝えたとのこと。これはプルゼニド錠12mgの処方間違いと疑って、疑義照会した。	プレドニン錠5mgとプルゼニド錠12mgの薬品名が似ていたため処方入力する際に選び間違えたのではないかと推定される。	今回の医院からプレドニン錠5mgが処方されることがほとんどないので、処方されたことに疑問に思い、調剤する前に患者に確認したことが事故防止になった。疑問に思う処方内容の場合は患者様本人や処方元の医院に確認するようにして事故防止に努めるよう	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg		プレドニンとプルゼニドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
117	便秘時の用法で、プレドニゾン錠の処方が出た患者さま。糖尿病治療薬も服用している状態だったため、疑義照会にて処方内容の確認。プルゼニド錠に処方変更となった。	類似薬品名の処方入力間違い。	処方内容に疑問を感じた際は積極的に疑義照会を行う。	プレドニゾン錠5mg「トーワ」	プルゼニド錠12mg		プレドニンとプルゼニドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
118	めまいで受診したと聴取したが、処方されていた薬が精神神経系の薬であったため疑義照会を行い処方変更となった。	販売名が類似していたためDr.のカルテへの入力ミスが起こったと思われる。	処方意図を明確にできるように患者からの聞き取りをしっかりと行う。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠10mg		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。