

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

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
No.	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	門前医院以外の処方箋を持参。処方内容はヤーズフレックス配合錠だったが、最近販売されたヤーズ配合錠のジェネリック医薬品を調剤し、交付してしまった。調剤は事務員が行い、ドロエチ配合錠(ジェネリック)が販売になっていることを入力者に伝えた。入力者は入力時に規格を上げないと入力出来なかった為、違和感を感じたがそのまま通してしまった。	医薬品に不慣れな事務員が調剤を行っていたこと。入力者は多店舗からのヘルプで店舗の採用品を熟知していなかった。ドロエチ配合錠はヤーズ配合錠のジェネリック医薬品だったが、思い込みから、そのまま交付してしまった。	類似医薬品のジェネリック医薬品の販売時には店舗内で注意喚起を行い、棚に警告の表示を行う。レセコンの設定でジェネリック薬品の名称に先発品の名称を入れる。薬歴のポップアップ機能を利用し、類似医薬品を服用中の方に設定、注意喚起する。	ヤーズフレックス配合錠	ドロエチ配合錠「あすか」		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。
	鑑査システムはあったが、入力とピッキングしたものが同一であるため、システムでは気付けなかった。交付時に処方内容を確認したが、ドロエチ配合錠がヤーズフレックス配合錠のジェネリック医薬品と勘違いし、思い込みもあり、そのまま交付してしまった。別の薬剤師が気づき、患者へ連絡、服用前に回収出来た。						
2	ヤーズフレックス配合錠で処方に対し、ヤーズ配合錠で調剤し交付、服用前に回収し、正しいものと交換	今までは個人薬の棚で管理していたが、処方患者が増えた為調剤棚の方へ移動させた。その際にヤーズ配合錠は表示もあり分かりやすい状況になっていたが、ヤーズフレックス配合錠は表示が作成されておらず、輪ゴムなどの備品で棚が見えにくくなっていた。その為薬局内にヤーズ配合錠とフレックス配合錠の両方を在庫していることを知らないスタッフもいた。	薬の補完位置を変更する場合は必ず全スタッフへの報連相を行う。すぐに表示を作れない場合は付箋などで一時的に代用するなどして表示が無い状態を作らないように徹底する。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		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。
3	一般名処方でヤーズ配合錠が処方されていたが、薬局内在庫がヤーズフレックスだったための入力間違い一般名の最後のブラセボの記載まで確認していなかった	ヤーズは2規格ある事を知らず、在庫のある薬品だと思い込んだ為	レセコン入力時、思い込みは排除して処方箋記載の通りに入力行うように行う	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	「【般】ドロスピレン・エチニルエストラジオール配合錠・プラセボ錠」をヤーズ配合錠でなく、ヤーズフレックス配合錠で入力・調剤されていたことが投薬時に発覚、内容を差し替えなおして投薬。	上記一般名処方で、ヤーズ配合錠にもヤーズフレックス配合錠にもどちらにも変換ができ、在庫のある方で調剤してしまったのが原因。システムの不備もあるが、薬剤師の理解不足も原因として考えられる。平素から薬剤の特徴の知識を得ておくことが重要である。	ややこしい一般名処方最後の一文字まで確認をし、処方内容と入力内容の相違がないことの確認も実施する。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ヤーズフレックス配合錠が処方されていたがヤーズ配合錠の後発品であるドロエチ配合錠「あすか」に変換して入力してしまった。	後発品変更画面で通常は同一区分の薬しか表示されないが規格変更時にしか使用しないソートで検索してしまい同一主成分の別区分の薬が表示されてしまい変更して入力してしまった。	レセコンの入力におけるルールの再確認とマニュアル順守。	ヤーズフレックス配合錠	ドロエチ配合錠「あすか」		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。
6	ヤーズフレックスが処方されていた患者様にドロエチ配合錠を交付していた。ドロエチはヤーズ配合錠のGEという事に気づかず鑑査をすり抜けた。	まず、入力者がドロエチの先発がヤーズフレックスと思い入力し、鑑査者も入力ができてからヤーズフレックスのGEだと思い込んでしまいそのまま出してしまった。	新規のGEのため、どの薬品にあたるかを把握しておくべきだった。今後は新規のGEが出た場合などは店舗として共有する。	ヤーズフレックス配合錠	ドロエチ配合錠「あすか」		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。
7	生活改善薬のタダラフィル錠20mg C I「あすか」が処方で出たため交付。その後の発注作業で同薬剤を発注すると、出荷規制で手に入らなかった。別メーカーを選定している際、タダラフィル錠20mg A Dを発注しそうになった。CIは薬価未掲載のはずだが、薬価が出ていたので調べ直すと適応症の違いで別の薬であることが分かった。	薬剤師の知識不足。今回は薬価の部分で気付けたが、今後シアリス錠20mg は男性不妊治療で保険適応され薬価も付いたので、今後GEも薬価がつく可能性があり、その部分でも判断がつかない場合がある。日ごろから情報を取り込んでアップデートしていく必要がある。	情報・ニュースは積極的に収集し、他のスタッフにも還元しあえるようにする。			タダラフィル錠20mg C I「あすか」	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え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
8	デュタステリドカプセル0.5mg AVで処方記載があったが、デュタステリドカプセル0.5mg ZAで調剤されていた。	薬剤師がメーカー違いと勘違いしてピッキング。	薬剤に関しての研修を行う	デュタステリドカプセル0.5mg AV 「トーフ」	デュタステリドカプセル0.5mg ZA		デュタステリド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。
9	フランドルが処方されていて当該患者がジェネリックを使用していたため本来硝酸イソソルビドを調剤しなければならないところ一硝酸イソソルビドを調剤してしまい、分包しているためその監査時に間違いを発見	慣れ・慢心で調剤・ダブルチェックを怠ってしまった	調剤した人とまた違う人間に分包する前にダブルチェックを徹底するまた分包するための処方せんのコピー等に間違えないよう目立つようにその薬剤部分に大きな印をする	フランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
10	退院時処方と同じものを処方するところ他の薬が処方されていた・	医師の知識不足のため退院時には一硝酸イソソルビド20mgが処方されていたが今回は硝酸イソソルビド徐放錠になっていた。	退院時処方を手帳で確認しおかしな点は必ず疑義照会し確認する			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。
11	一包化調剤を行っている患者。「硝酸イソソルビド」が処方されているのだが、一包化が「一硝酸イソソルビド」で作成されていた。鑑査担当の薬剤師が異なることに気が付いたため、調剤をやり直し、正しい内容で交付することができた。	先発名であれば似通っていないので間違えにくいのだが、後発品医薬品は成分名を商品名にしているため、「硝酸イソソルビド」と「一硝酸イソソルビド」を勘違いして一包化を行ってしまった。	調剤前に名称をよく確認すること。一般名処方が似通っている医薬品は多くある中で、疑問に感じる場合はしっかり調べて調剤するようにする。			硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」 一硝酸イソソルビド錠10mg「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IIの事例（製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例）
（事例の区分：調剤 発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

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
No.	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	
12	処方箋はアイトロール錠の記載で、ジェネリック希望の患者であったため一硝酸イソソルビド錠を選択すべきところを、ニトロールRカプセルのジェネリックである硝酸イソソルビドカプセルを選択してしまった。	FAX処方箋には「一硝酸イソソルビド」と変更するものが書かれていたが、「一」を見逃した、もしくはよく処方される「硝酸イソソルビド」を選んでしまった。自己監査でも気付かず、監査機に通す際に発覚した。	既に行っている対策として、FAX処方箋には変更先の名称を記載している。また、名称の類似があるジェネリックが入っている調剤棚の引き出しに先発品の名前をシールで貼って注意喚起をしている。知っている名称の方に無意識に手が伸びてしまうものだと思うので、「アイトロール＝一硝酸イソソルビド」「ニトロール＝硝酸イソソルビド」であるという知識を身に着けることが一番の対策である。	アイトロール錠 20mg	硝酸イソソルビド徐放カプセル 20mg 「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取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。
13	一包化している患者さんの薬を分包する際に一般名記載である硝酸イソソルビドカプセル20mg と一硝酸イソソルビド錠20mg の取り違えて分包	名称が類似し、単位のミリ数も同様にて取り違える。	薬歴にカプセルと錠剤が処方されている人に注意喚起の記載を行う。			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。
14	硝酸イソソルビド徐放錠20mgサワイで調剤しなければいけないところを、一硝酸イソソルビド錠20mgトーワで調剤。	自店に当月から異動になり、店舗在庫について理解が不足していた。類似名称品があることを知らなかったことが要因。	類似薬がある旨の注意喚起の札を貼付。改めて他のスタッフに対しても類似名称品を周知し注意を促した。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 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、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**類型IIの事例（製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例）
（事例の区分：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）**

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
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
15	医師の手書きの処方せんでは一硝酸イソソルビド処方のところ、病院のレセコン入力の際硝酸イソソルビドへの誤記載が起こった。鑑査の際に薬局薬剤師が入力違いに気づき、病院へ疑義照会を行った所今回のヒヤリハットが発生した。一硝酸イソソルビドは肝臓での初回通過効果を受けにくく、肝機能に影響しない治療効果が得られる。今回のヒヤリハットにより医師の処方目的を損ねることなく調剤を行うことができた。	病院の事務員は医師の手書き処方せんと、レセコンに入力した内容を照合せずに処方箋を発行したと考えられる。	薬歴を確認し、前回と名前が似た違う薬剤が処方されている際は医師に疑義照会を行う。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「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。
16	一般名処方で一硝酸イソソルビド錠20mg（先発品：アイトロール錠20mg）が処方されていたが、レセコン入力時に硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg（先発品：ニトロールRカプセル20mg）が入力されており、ピッキングも硝酸イソソルビドで行われていた。鑑査者が気づき修正したため、正しい薬を交付することができた。新規の薬だったため、入力時に気づけなかった。	レセコン入力時に思い込みで入力してしまった。ピッキングした薬剤師がアイトロールとニトロールの違いを意識していなかった（知識不足）	スタッフ間（薬剤師・事務）で内容を共有し、今後硝酸イソソルビドが処方されている際は気をつけるように声がけ。待ちがえやすい薬のリストを作成。新規の薬の場合は、レセコン入力時に薬剤師とダブルチェックを行う。	一硝酸イソソルビド錠 10mg「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。

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

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
No.	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	一包化指示の患者である。処方箋ではイトロール錠20mg1日1回朝食後との記載があるが後発医薬品の一硝酸イソソルビド錠20mgサワイを一包化するところを硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgStを一包化してしまった。患者投薬前に監査で間違いに気づき。一硝酸イソソルビド錠20mgサワイで一包化をして投薬した。	一包化の患者に対してはピッキングする薬剤師と一包化する薬剤師、監査する薬剤師を別々で行っているが、今回はピッキングと一包化2人の薬剤師が間違えていることになる。複数の薬剤師がかかわっていたので間違いに気が付くことが出来た。対策：硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgに「一硝酸イソソルビド錠ではないピッキング注意」と張り紙をした。	双方の薬剤の箱に注意喚起の紙を貼ることにしました。			硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」一硝酸イソソルビド錠20mg「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。
18	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgと書かれた処方箋を一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤してお渡ししてしまった。	よく似た名称の医薬品のため投薬するときに薬袋と一緒に患者と確認するルールが守られていなかった	確認の徹底	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「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。
19	硝酸イソソルビド徐放錠が処方されている施設患者さまの予製を作成する段階で、一硝酸イソソルビド錠を調剤。後日一包化作成前に気づき正しい薬剤に変更し一包化作成した。	一人薬剤師での業務が多く、施設対応と外来対応が重なりミスが発生した。	できる限り一人薬剤師での業務を避ける。調剤者と監査者は別の薬剤師ができるようにする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例（製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例）
 （事例の区分：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）

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
No.	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	一般名が一硝酸イソソルビド錠20mgでできた処方を硝酸イソソルビド徐放錠20mgで投薬しました	一般名が一硝酸機イソソルビド錠と硝酸イソソルビド徐放錠が似ていて気づかない人もある	間違いやすい事例は共有しておく	アイトロール錠20mg	硝酸イソソルビド徐放錠トーフ		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。
21	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの違い	名称の類似	薬品棚に注意書き	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。
22	在庫がある一硝酸イソソルビドと初めて処方された硝酸イソソルビドの入力を間違えた。	レセコン入力者の思い込みでの入力間違い。	きちんと注意して入力するように指導。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	カナグル錠とカナリア配合錠の取り違い。	棚の位置が近くにあったのが原因だと考えられる。	棚の位置を変更し、似た名前のものは距離を離すことにした。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	一般名処方で【般】テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物・カナグリフロジン水和物のカナリア配合錠が処方され、類似名称のカナグル錠【般】カナグリフロジン水和物を調剤。監査で気づき、正しいものに変更。	直近で一般名処方でカナグル錠が出た患者がいて、今回も一般名処方であった為、勘違いしてカナグル錠で調剤。	名称類似の為、カナリアは配合錠で一般名も2種配合であり、カナグル錠は1種であることを認識し、名称と配合錠まで確認するようにした。	カナリア配合錠	カナグル錠 100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	2022年9月（土）9時半頃に、平素より当薬局を利用している患者（60歳女性）が処方箋をもって来局した。処方箋にはカナグル錠100mg 1日1錠分1朝食後63日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数15年）はカナグル錠100mgを調製するところ誤ってカナリア錠を調製した。監査、投薬した薬剤師B（職種経験年数30年）も誤りに気が付かずカナリア錠を患者に交付した。患者が薬局駐車場内に止めた車の中で気づき、再来局して、正しいカナグル錠100mgを交付した。	忙しい時間帯で焦っていた。調製した薬剤師の経験年数が長かった為監査が不十分だった。	カナグル錠100mg、カナリア錠100mgの棚に取り間違え注意の貼り紙をして注意喚起した。監査時の声出し確認を徹底する。	カナグル錠 100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
26	類似薬剤名のために取り間違えた。	薬剤の保管場所も近く、思い込みもあり取り違えをした。	薬剤の保管場所を元の保管場所よりも遠くに保管することにした。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
27	リベルサス追加処方でカナリアからカナグルへ変更を見落とす。	リベルサスの説明に気を取られたのお薬の変更を見落とす。	薬剤の配置変更をする。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
28	カナリア配合錠とカナグル錠の配置が隣同士で、間違えて出しそうになり監査で発見された。	どちらも良く出る薬で名前も似ているためと隣同士にあったため	並べている位置を離しラベルを貼り変え区別した	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
29	カナグルで処方されていたのに、カナリア配合錠と間違えた。	慌てていたせいも手伝い、薬剤をとりちがえた。	落ち着いて再度薬剤を確認する。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
30	ロラゼパム錠1mgが処方されていたが、ロフラゼパ錠1mgで調剤し、監査者も気づかず投薬してしまった。	名称の似ている薬を、同じ引き出しに保管しており、急いで調剤して、取り間違えた。	保管場所を別々ににして、薬剤師にも十分留意するように、認識を徹底する。	ロラゼパム錠1mg サワイ	ロフラゼパ酸エチル錠1mg サワイ		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
31	名称の類似、薬効の類似、保管場所が近いなどの要因により薬剤を取り違えた。	ジェネリックメーカーも同じでヒート包装も似ており、よく確認せずに提供してしまった。患者さん本人も、いつもと違うことに気付かなかった。	休憩中で人員が少ない時間でも手順を怠らない。名称が似ているものは、日ごろから注意し、処方箋監査の時点で処方箋コピーの相違点に赤丸などの印をつける。調剤、監査するものは赤丸などの印に注意して監査をする。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
32	本事例は、「ロラゼパム0.5mg」と「ロフラゼブ1mg」の入力間違えである。処方箋に、「ロラゼパム0.5mg」が一般名で処方されていた。レセコンを入力した事務員は、誤って「ロフラゼブ1mg」と入力し、錠剤を半錠にする必要があると調整薬剤師に伝えた。処方箋をみて調剤した薬剤師は、当薬局の在庫から、半錠にする必要がないと思った。そこで、レセコンを入力した事務員に錠剤を半分にする必要がないことを伝え、入力された情報が印刷された薬歴簿と処方箋を見比べた。そこで、本来「ロラゼパム0.5mg」と入力しなければならないところ、「ロフラゼブ1mg」と入力されていることが判明した。	ロフラゼブとロラゼパムは名称が類似している。3文字検索こそ異なるが、文字だけを見た場合は短時間で判別するのが困難なことがある。また、業務に慣れが生じているため、しっかりと名称を確認することを怠っていた。今回は、名称類似と慢心が重なり発生した事例と考える。	各薬剤に名称類似であるため、注意を促す表示付した。また、薬局勤務員には、名称類似品は慎重に取り扱うように通知した。	ロラゼパム錠0.5mg 「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。
33	処方箋の記載が一般名であった。同じ向精神薬で文字数が同じ・隣同士での保管だったため、すぐに目についた方を調剤してしまった。監査時に気が付きやり直した。	電話対応で薬剤師が一時的に足りない時間だった。	目視・指さし確認で一文字づつ読み上げて確認する。	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。

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

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
No.	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	一般名処方にて、ロラゼパム錠1mgの処方であったが、ロフラゼブ錠1mgを調剤し、監査でも見過ごしてしまい、患者さんへ交付してしまった。業務終了後に棚卸を行い残数を確認しているため、残数が違うことから間違いを発覚した。	ロフラゼブとロラゼパムは以前から名前が似ていて見間違えると怖いと感じていた。収納している棚は別になっているので、混同することはないと思う。	この2つの薬剤に関しては、何度も確認することが必要である。	ロラゼパム錠 1 m g 「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 「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。
35	ロフラゼブ錠1mg「サワイ」のところをロラゼパム錠1mg「サワイ」で取り換え、監査をすり抜けて患者さんに投薬してしまった。患者さんが服薬前に気付いてくれ、薬を交換して服薬には至らなかった。2年前にも同じ過誤を起こしてる。	同類薬なので薬品名が似ている。メーカーも同じなのでパッケージも似ている。	メーカー変更することによりパッケージデザインが全く違う商品に切り替え、視覚的に違う薬だと分かりやすいようにする	ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 m g 「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。
36	処方ではロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 0.5 錠。事務員のピッキングミスはロラゼパム錠0.5m g 1 錠。薬剤師が監査で気が付いた。	半錠調剤を減らす取り組みを行っている中で、事務員は0.5m g の規格があるロラゼパム錠をピッキングしてしまった。(どちらも向精神薬で同じ引き出しの近い位置に保管されている)	取り違いが起こらないように全スタッフに周知した。患者様情報に「ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 0.5錠」注意を追加。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 「トーフ」	ロラゼパム錠 0. 5 m g 「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。

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

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
No.	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	別の日に別の患者様にロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」を調剤した際、在庫の箱の中にロラゼパム1mg「サワイ」が混在していたため、該当する患者様を調べたところ、ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」で投薬するところをロラゼパム1mg「サワイ」投薬していたことがわかり過誤が発覚した。発覚後、当該患者様に連絡し、5日分服用したが体調に変化はなかったことを確認した。正しい薬を14日分お届けして謝罪。処方元の医師にも報告しました。	一般名の名前が似ているため錠剤を箱に戻す際、間違えて戻してしまったと思われる。調剤者も2種類の錠剤が混在していることに気づかず、処方が0.5錠で分包の調剤でヒートから出して分包したため監査レンジでヒートのバーコードが読み取れず、監査者も見落としてしまった。	分包する調剤でも分包前に監査レンジを通して処方と合致しているか確認することを徹底する。名称類似薬品は近くに置かない。またはできる限り在庫しない。錠剤を箱に戻す際は十分に注意する。監査時に煩雑時でも分包済みのヒートを必ず監査することを徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		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。
38	一人薬剤師の薬局。新患のロフラゼブ酸エチル1mgの一般名処方。患者様は処方箋を渡し、後ほど取りに来るとの事。処方箋の薬品名を読み5分ほど他の仕事をした後、暗記した薬品をピックアップしてトレイに入れる。監査時にロラゼパム1mgである事が発覚。	多忙の中、薬品名を読み直ぐにピックアップしなかった事、処方箋が入ったトレイを持って薬品名を声を出してピックアップしなかった事が要因と考えられる。	基本的な事が出来ていませんでした。調剤中は他の仕事せずに調剤に集中する。処方箋の入ったトレイをしっかりと持って薬品名を声を出してピックアップする事。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
39	ロフラゼブ酸エチル錠の処方に対し、ロラゼパム錠を調剤した。交付前の監査時に薬剤の取り間違いが発覚した。	調剤棚のロフラゼブ酸エチル錠とロラゼパム錠が隣に配置されていた。	両剤の保管場所を変更。ロフラゼブ酸エチル錠を棚に、ロラゼパム錠を引き出しの中に配置した。薬剤名が類似していることを薬局内で再度注意喚起を行い、保管場所にも取り間違い注意の張り紙を掲示した。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	ロフラゼブ酸エチル1mgの処方で誤ってロラゼパム1mgで調剤。監査者により、間違いを発見。交付前であったため、調剤を直した。	名称類似品が同じ引き出しに入っていたことが要因であると考えられる。また、調剤者の経験年数が浅かったことも要因の一つと考えられる。	名称類似品目は違う引き出しに入れるなど、離れた位置に保管するようにした。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠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。
41	「ロフラゼブ酸エチル錠1mg 2錠 1日1回寝る前 30日分」の処方が出たが、ロラゼパム錠1mg 60錠を誤って患者さんに交付してしまった。後日患者さんから「薬袋記載の薬と違う薬が入っている。いつもと違う薬だった」と電話があり、薬を持って来局して下さったため、誤って渡したことが分かった。	類似医薬品があるとわかっていたが、監査が不十分だった。人員が少なく、昼の忙しい時間帯で、監査が正確ではなかった。	ロフラゼブ酸エチル錠とロラゼパム錠のよな名称が類似している薬についてはそれぞれどういう特徴があるのか名称以外で違いを予め調べておき、どんな状況でも監査を間違えないようにする。類似医薬品に関しては投薬時に患者さんと一緒に薬を確認する。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	近隣の耳鼻科よりロフラゼブ (1) 0.5T 1×タ食後の処方あり。調剤時に向精神薬の棚よりロラゼパム (0.5) を取り出し、それを半錠にして鑑査者へ渡し、鑑査者は半錠になっているため気づかず患者に投薬した。投与日翌日、定期的に行っている向精神薬の棚卸しの際に、ロフラゼブの在庫とロラゼパムの在庫が合わないことからミスが発覚。患者に連絡し、ご自宅へ訪問し間違っして渡していることを確認して正しい内容でお渡しし謝罪した。1回のみ服用していたが、体調に影響はなかった。	閉局間近で当該患者は2つの医療機関からの処方箋を持参され、内容も多岐にわたっていたことから調剤者・鑑査者ともに気持ちの上で余裕がなかった。本来、類似した名称の薬剤であり、十分に気をつけて調剤しなければならないが間違っ取り出し、しかも半錠であったために鑑査者も白い小さな錠剤、との認識で監査して投薬してしまった。錠剤も似て、薬効も近い薬剤なので、今後かなり注意が必要であることを再認識した。	薬の棚はもともと離して配置はしていたが、「名称類似品あり」の札を目立つように設置し、ピッキングの際に注意を引くようにした。また半錠の作成の際は必ず空のPTPシートをつけるようにしているが、鑑査時には確認を徹底するようにすること、また処方箋にも類似薬に関しては名称のところを○で囲んでチェックをして監査するように徹底することにした。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの調剤ミス	類似医薬品名による取り違い	類似医薬品があることの注意喚起			ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	施設に入所した新患の患者の処方箋を調剤した際に、ロフラゼパ酸エチル錠(1)のところ、誤ってロラゼパム錠(1)を分包したが、監査の時にも間違えに気づかずそのまま交付。交付後すぐに、近隣の病院に入院し、持ち込んだ薬を病院薬剤師が確認し間違えに気づいた。	薬剤師1人で、調剤、監査し、分包する際にも監査システムでの確認を怠ったため。今後、分包する前に、必ずバーコードリーダーで確認する。	今後、分包する前に、必ずバーコードリーダーで確認する。	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
45	ロラゼパムで調剤するところをロフラゼパ酸をピッキングしてしまった。	処方箋を見て思い違いをしていた。	場所は離れているが、注意喚起の付箋をそれぞれ貼り付けて、注意する。	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
46	医薬品ピッキングの際に、ロフラゼパ酸エチル1mg「サワイ」をピックするところを誤ってロラゼパム錠0.5mg「サワイ」をピックしてしまった。	慣れによる注意不足が原因と思われる。	医薬品ピッキングの際、薬名、規格、剤型、屋号までしっかり確認するようにしている。	ロフラゼパ酸エチル錠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パ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	ロラゼパム錠1mg「サワイ」が処方されていたが、調剤棚の隣にあるロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」をピッキングした。監査時に発見した。	配置場所が近隣にあり、医薬品の名称も似ているため、間違えたと考えられる	医薬品の配置場所の変更をするとともに、名称を細部までするように周知させた。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取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。
48	ベタヒスチンメシル塩酸塩錠が処方されたが、ベボタスチンベシル塩酸塩錠をピッキングしてしまった	名前が似た薬のピッキングミス。監査時に気が付き、正しい薬を患者にお渡しした	間際らしい名前薬は特に気を付けてピッキングするように習慣づける	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」		ベ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。
49	日ごろからベボタスチン錠10mg（一般名処方）が処方されている方に継続してベボタスチン錠10mgが処方された。薬剤を取りそろえる担当者が誤って薬剤名の似ているベタヒスチン錠6mg「JD」を薬棚から調剤した。監査を担当する薬剤師も誤って調剤されていることに気づかずそのまま患者に交付した。後日患者家族から誤った薬が薬袋に入っていると連絡があり発覚した。	当薬局ではベボタスチンの処方はいまだベタヒスチンの処方の方が圧倒的に多いため、調剤担当者は思い違いをしてしまったと考えられる。似た名称の薬剤が存在することにも注意を払えていなかった。監査を担当する薬剤師は当患者に処方されている薬剤が多く注意も散漫になっていたものと考えられ、薬剤名の違いだけでなく規格の違い（10mg→6mg）にも気づくことができなかった。この事例以前にもベボタスチンのところベタヒスチンを調剤された事があったがその時は監査の段階で気づくことができたため薬剤の交付には至らなかった。その事例を薬局内で共有することができなかった事も要因の一つと考えられる。	類似名称の薬剤がある医薬品の棚には注意喚起の表示をする。薬局内で未然に防ぐことができた事例でも朝礼などを通して全員に周知し再発の防止につなげる。類似薬剤名による他施設での過誤の事例も頻繁に周知されているので、それらも全員で共有する。	ベ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」		ベ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、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分: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)

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
No.	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	閉局時間が近く急いで調剤したため監査を急いでいたため見落とす寸前で再度確認して間違いに築き事なきを得た。	当たり前のことだが、終了時間が近くともしっかり手順通り落ちていて2重3重チェックする。	同じような名前の薬の間違いは事前にリスト化しておく。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ペ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。
51	タリオン錠10mg 2錠分2での処方後発品へ変更調剤を行い、ペボタスチン塩酸塩OD錠10mg「タナベ」を調剤するところ、ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」を誤って調剤、投薬してしまった。在庫のチェックを行っていたところ間違いが発覚し、すぐに患者へ電話し謝罪。幸い服用前であったため、患者宅を訪問し正しい薬剤と交換を行った。	業務が立て込んだタイミングで、調剤から投薬まで全てを一人で行ったため確認作業が疎かになってしまった。成分名が類似しており、調剤棚も上下に配置されていたため誤って調剤を行ってしまった。	薬剤師が複数人いる場合はできる限り、調剤者と別の人間が監査を行う。自己監査をおこなう場合は声出し確認をおこなうなど、特に気を付けて確認を行う。調剤棚の配置は類似した名称の場合は少し離して配置、もしくは取り間違いのないよう注意喚起の表記をおこなう。	ペボタスチンベシル酸塩OD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。
52	耳鼻科クリニックからの処方 36歳女性ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」とアデホスコーワ顆粒10%の処方内容ピックアップ時、ペボタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」を取り調剤。監査も終える。交付寸前に患者様の前で、投薬薬剤師が間違っていることに気付き再調剤する。	耳鼻科にて、両剤、普通に使用している。両剤の名称がよく似ていて、薬棚も近い。PTPシートの表面が、非常によく似ている。監査不足。	棚の移動。ペボタスチンベシルのメーカーを「タナベ」から、少しでもPTPデザインの違う「トーワ」に変更	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錠5mg「タナベ」		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。

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

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
No.	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	耳鼻咽喉科でベタヒスチン錠12mg「JD」が処方されていた。1日2回MAN 30日分で処方されていたが、取違によりベボタスチン10mg「タナベ」でピッキングを行っていた。監査時に監査薬剤師の指摘により間違いが判明。投薬前であり、患者に影響はなかった。	繁忙時間帯であり、名称が近似しており、なおかつ保管場所が近かったために起こった事例。	両剤の保管場所を変えることと、保管場所に注意喚起の啓示を行った。	ベ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12mg「JD」		ベ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。
54	ベボタスチンベシル酸塩錠10mgをベタヒスチンメシル酸塩錠6mgで調剤、投薬してしまった。のち自ら処方箋を見直し発覚。	一般名が雰囲気的に酷似しているため取り違えが起これたと思われる。	酷似する医薬品あり と注意のラベルの作成、および対象の医薬品名もそえる。	ベ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「TCK」		ベ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。
55	処方箋調剤の調剤時に事務職員が誤ってピッキングし、監査時に薬剤師が誤りに気付いた。	一般名を見た時に自分が知っている名前の薬剤と混同してピッキングしてしまった。	一般名が似ていた為起こったミスだと思われるが、しっかりと名称を確認し、監査機器なども必ず使用することを徹底することを薬局内で確認した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」		ベ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。
56	投薬時に患者様より、do処方であるのに前回と薬の感じが違うとのご指摘があり、色々確認したところ間違いが発覚した。患者様に説明してお詫びし、体調に変化がないことを確認した後、残薬の回収にお伺いした。主治医にも説明。	外来と発熱外来が混み合う時間帯で、慣れもあり注意力が散漫になった。	特に薬品名の類似した薬などは、意識して確認を怠らないように心掛けること。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	レセコン入力はベボタスチン10mgで入力していたがピッキングでベタヒスチン6mgを取り出し 監査 投薬で間違いに気がつかなかった。	当時 1人薬局でレセコン入力 ピッキング 監査 投薬を1人で行っていたためまた患者様を待たせるのが悪いと焦りがあり間違いに気づかなかった。薬歴記載している際に間違いに気づいた。幸い自宅が近所のためすぐにお詫びと差し替えを行った。	1人薬局の際も慌てず監査をしっかりと行う ベタヒスチン ベボタスチンと類似する製品名であるが6mgと10mgであり用量の違いに気づけば回避できたはず。	ベ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」		ベボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
58	「ベタヒスチン」の処方に対し、「ベボタスチン」をピッキング。投薬前に気付き問題はなかった。	通常、門前医院は「メリスロン」の処方では「メリスロン：変更不可」で処方されるが、今回に限っては他病院からの継続で、一般名の「ベタヒスチン」での処方であった。ピッキング者は普段見慣れない「ベタヒスチン」を、見慣れている「ベボタスチン」と勘違いしてピッキングを行った。	薬品棚に「商品名」と「一般名」を併記する	メリスロン錠6mg	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
59	ベタヒスチン錠(6)を調剤しなければならぬところをベボタスチン錠(10)を調剤してお渡ししてしまった。	同じ棚にベタヒスチン錠(6)とベボタスチン錠(10)が置いてあり、調剤中に在庫がなくなったため在庫を棚に補充する際にベタヒスチン錠の場所にベボタスチン錠を補充してしまいそのまま調剤。監査・投薬した者も気づかず、そのまま患者に渡ってしまった。後ほど別の方にベタヒスチン錠が処方されて調剤する際、ベボタスチン錠が混ざっていることに気づき、今回の調剤ミスが発覚した。患者は継続薬だったためまだ今回処方には手をつけておらず、服用する前に交換することができた。	ベタヒスチン錠とベボタスチン錠の棚の下に、注意喚起のシールを貼付して対応。スタッフ全員に情報共有することで再発防止を図る。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	患者様が処方箋を持って来局。ベタヒスチン錠が処方されていたが、調製した事務員が誤ってペボタスチン錠を調製した。鑑査にあたった薬剤師が誤りに気づき、調製した事務員に間違いを伝えた。事務員はベタヒスチン錠を正しく調製して、再度、薬剤師が鑑査した。鑑査で誤りに気づいたため、患者様には正しい薬を交付した。	ベタヒスチン錠とペボタスチン錠で名称が似ているため間違えてしまった。また来局時、薬局内が混んでいたため焦りもあった。	業務手順を見直し、調剤者と監査者でダブルチェックを徹底していくこととした。類似薬は棚と引き出しなど配置する場所を離して誤って調製しないようにした。	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錠10mg「SN」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
61	ペボタスチンが処方された際に誤ってベタヒスチンをピッキングしてしまった。自身でピッキング後確認した際に取り違えに気づいたため薬剤を取り直した。	名称類似と棚が近かったのが要因と考えられる。	名称類似品目は棚の位置を話すことと注意喚起を行った。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ペボタスチンが処方されていたが、ピッキングの際にベタヒスチンをピックしてしまった。	ピッキング前処方箋の監査が不十分であったため、処方内容の誤認が起きてしまった。	薬をピックする前に処方内容の精査を行い、処方内容をよく確認したうえでピッキングに臨む。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
63	一般名処方でペボタスチンが出ているところを誤ってベタヒスチンをピッキングしてしまった。	患者さんが多数お待ちいただいていた焦ってしまったこと、両薬剤を近くに配置していたことが原因にあると考えています。	患者さんに待ち時間の目安などを伝えること、ピッキングをするときは薬剤の名称や含有量を確認すること、名称の似ている薬剤は近くに配置しないことをしていきたいと思います。	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12mg「TSU」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	処方箋に一般名処方で、【般】ベタヒスチンとあったのを、誤ってペボタスチンを調剤し、検薬時にミスに気づき、正しい薬を調剤した。	14歳であったため、めまい薬のベタヒスチンでなく、花粉症薬のペボタスチンだと思いこんでしまった。	薬剤名が酷似している薬については、処方箋名とよく照らし合わせて確認し、年齢などの思い込みで調剤をしない。	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錠10mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
65	ドクターの入力ミスに気づき、初めて服用するでんかん薬のマイスタン5mgが不眠時で処方されていた為ご本人様に確認した。マイスリー5mgをお願いしたとの事で疑義照会を行い薬剤の変更になった。	高齢者で今まで処方のなかった薬剤がある場合は必ずご本人様確認する事が必要	高齢者で今まで処方のなかった薬剤がある場合は必ずご本人様確認する事が必要			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。
66	病院よりマイスタン5mg 分1 就寝前で処方があり、調剤の時点でお薬手帳にて以前のクリニックでは、マイスリー5mgの処方であったことが判明。疑義紹介にて問い合わせを行うとマイスリー5mgの誤りであったことが判明。正しく患者様にはお渡しはできた	今回お薬手帳があったため、薬の内容の間違えに気づけたが、お薬手帳がなかった際は、投薬時の時に患者様への説明で気づくことが必要である。	お薬手帳の確認と患者様との投薬時のコミュニケーションで気づく事がミスへの対策になる。			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。
67	精神科にて不眠の悪化で頓服薬が追加処方される。マイスタン錠であったため、でんかん薬であり本人と受診の話にも食い違いがあるため疑義照会をし、結果マイスリー錠に変更になる。	処方薬の効能に疑問があるときは、本人と受診時の内容を確認する。	聞き取りは慎重に行う。	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IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

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
No.	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	マイスリー 5 mg をGEで継続していた方 退院後の処方でゾルピデム 5 mg 1日1回就 寝時 30日分マイスタン 5 mg 1回 1錠 不眠時 5 回分と処方あり。 患者対応時に、てんかんの診断はなかった と確認。	名称類似薬の誤処方によるヒヤリハット。	名称類似薬があることや、薬効や用法の知 識向上	マイスタン錠 5 mg	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「トーワ」		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。
69	クリニックの処方の記載が「マイスタン錠 10mg 1錠 不眠時屯用 10回分」となっ ていたため、用法と内容が合わないと思い クリニックに疑義照会したら、先方の入力 ミスで、正しくは「マイスリー錠10mg 1 錠 不眠時屯用 10回分」だったことを確 認。患者様への交付前に気付けたため事前 に誤薬を防げた。	クリニックにおいて入力時に十分な確認が 取れていなかった様子。先生はこちらが指 摘するまで間違いに気づいておられません でした。	おかしいと思ったことは、無駄になっても 怒られても確認するように努めていたこと が功を奏した形です。			マイスリー錠 10 mg マイスタン錠 10 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。
70	マイスタン 10 mg の処方をマイスリー 1 0 mg でお渡し すぐにきずき回収交換	思い込みにより名称の類似した薬剤をお渡 ししてしまった	ダブルチェックの徹底			マイスタン錠 10 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。
71	スピリーバはしばらく在庫していなかった が、該当患者が2021年9月に転院してきた ことから、処方が再開され再度在庫してい た。今回は調剤者及び鑑査者ともに確認を 怠り、スピオルトを渡してしまった。10日 後のに在庫が合わない事が判明して、患者 へ連絡を取り謝罪してスピオルトとスピ リーバを交換させてもらった。その際動悸 など体調変化はないことを確認した。	調剤者及び鑑査者（交付者）ともにスピ リーバを在庫していることを失念してい た。レスピマット製剤はスピオルトのみと 思い込んでいおり、外観も似ていたため気 付かなかった。	レスピマット製剤2種類在庫していること をスタッフ全員に周知し、薬品棚の目立つ ところに『スピリーバとスピオルト取扱 い注意!』と貼り紙をした。さらに青字で 「スピリーバ」、緑字で「スピオルト」と 鑑査用タグを作り、容器に輪ゴムで挟み、 調剤者は鑑査用タグとともに製剤を鑑査に 回す手順を組んだ。	スピリーバ 2. 5 μ g レスピマット 60 吸入	スピオルトレスピマッ ト 60 吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	処方スビリーバ、誤ってスピオルトを調剤し交付	名称が類似し、確認を怠った。監査機にも間違った画像を登録してしまった。	処方箋と薬剤を調剤後も再確認する。監査機の登録はできれば3人で確認。監査が通らない時は、×と記入する。	スビリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスビ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
73	患者様の奥様が処方箋を持って来局される。薬局内に在庫のない医薬品であるにも関わらず、スビリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入とスピオルトレスピマット60吸入を勘違いし、間違ったスピオルトレスピマットをお渡ししてしまった。代理人に投薬を行ったため、誤薬であることの指摘はなかった。 病院薬剤部が、入院時に持参薬確認を行ったところ、処方された医薬品と調剤された医薬品が異なる可能性があるためと薬局に連絡があった。その指摘を受けて、内容を確認したところ指摘とおり誤った薬を投薬していることが判明した。（患者様は約1週間分はすでに吸入済みであった）本件について病院薬剤部により、正しい薬剤の交付を行うよう指示があり、対応することとなった。患者様の奥様に電話にて経緯を説明し謝罪を行った。	入力はきちんとされていたが、薬局内に在庫がない医薬品だと気が付かず、在庫のある医薬品だと思い込んでしまい処方箋との照合を怠ったため。また、鑑査レンジにて入力された医薬品と調剤された医薬品のチェックができる鑑査システムを取っているにも関わらず、目視確認にて適合としてしまった。	決められた鑑査システムを正しく使うことを周知・徹底した。医薬品には規格が多く販売名類似品があるため、鑑査時は処方せんととの照らし合わせを徹底する。薬棚に類似名注意の見出しを付けることにした。	スビリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスビ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。
74	処方がスビリーバでできていたところ、誤ってスピオルトでお渡ししてしまった。投薬時いつもと色が違うことに気づき、交換してお詫びした。	繁忙期に、ピッキングミスが起こった。同じ引き出しの隣同士に保管していたため、拾いのミスが起こった。また当患者は、一包化など調剤の内容も多く、鑑査段階で見抜くことができなかった。	スビリーバとスピオルトを隣同士で保管していたため、棚を変更した。棚のラベルも大きめに、拾いの段階で間違いがおきにくいよう徹底した。鑑査も必ずダブルチェックをし、ピッキングした人も処方箋下に捺印する。	スビリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスビ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。
75	スビリーバ2.5レスピマット60吸入が処方されていたが、スピオルトをお渡ししてしまった。すぐに気づいて交換した。	業務多忙で鑑査、調剤等異なる薬剤師が確認すればよかったが、一人で全て調剤行為を行ったため、間違ってしまった。	調剤者、監査者等人員に余裕があるときは異なる人物の目で確認する必要がある。（すでにマニュアルには記載されているので、マニュアルを守れていなかった。）	スビリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスビリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
76	スピリーバレスピマットのところ、スピオ ルトレスピマットでお渡し。患者家族が気 付き来局。	薬品名類似のため、間違いがおきた可能性 あり。	類似薬品名も多いので、しっかり確認する ことが必要。	スピリーバ2. 5 μ g レスピマット60吸入	スピオルトレスピマッ ト60吸入		スピオルトレスピマット とスピリーバレスピマッ トの販売名類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
77	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入を調 剤するところ、スピオルトレスピマット60 吸入を調剤した。	2020年7月某日(土)9時頃に、平素 より当薬局を利用している患者(49歳男 性)が処方箋を持参。処方箋にはスピリー バ2. 5 μ g レスピマット60吸入1キッ トと記載されていた。	調剤後の鑑査を複数人で行う。今回のよう に薬剤名が類似する場合は特に注意し、目 視以外にも薬剤名を声に出して確認する。 特に繁忙な時にはダブルチェックを徹底す る。	スピリーバ2. 5 μ g レスピマット60吸入	スピオルトレスピマッ ト60吸入		スピオルトレスピマット とスピリーバレスピマッ トの販売名類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
	薬剤師A(職種経験年数2年)はスピリーバ2. 5 μ g レスピマット60吸入を調剤するところ、誤ってスピオルトレスピマット 60吸入を調剤した。鑑査・投薬に当たった薬剤師Bは患者本人より「いつもの薬と違う」という指摘があったが、そのまま投薬 した。帰宅した患者より連絡があり誤りに気づき、正しい薬を交付した。						
78	薬品名が類似していたため、調剤時に取り 違えた。監査、投薬時にも気付かず患者に お渡ししてしまった。翌日、在庫管理シス テムの实在庫と理論在庫の数が合わないこ とに気づき、当該患者に連絡して薬を確認 してもらったところ、過誤が発覚した。開 封前だったので健康被害はなし。	内服の長期一包化処方もあったため、外用 のピッキングのみ別の調剤者が行った。調 剤に時間がかかっていたため、監査に焦り が生じていた。また他にもいくつか注意書 きのある患者だったため、そちらの確認に も気を取られ、薬品名の確認を怠ってし まった。	・薬品名の一文字監査を徹底する。・ピッ キングと調剤者(一包化等)が異なる場合 は、調剤者が責任を持って他薬剤も確認し てから監査に回す。・投薬時に、患者と一 緒に薬品名まで確認しながらお渡しする。	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、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
79	スピリーバ処方の調剤時に、並んで置いて あったスピオルトをピッキングした。監査 者も気づかずに投薬した。	スピリーバとスピオルトが、同じカゴに、 縦向きにしまわれていたため、ピッキング 時に薬品名が見えなかった。薬品名の確認 をおこたった。	類似薬の保管場所(カゴ)を分ける。薬品 名が見えるように保管する。	スピリーバ2. 5 μ g レスピマット60吸入	スピオルトレスピマッ ト60吸入		スピオルトレスピマット とスピリーバレスピマッ トの販売名類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。

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

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
No.	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	先だってFAXにて他患のルバフィン錠10mgの調剤を済ませたところ、該当患者が来局されルセフィ錠2.5mgの処方箋を持参される。薬剤を交付する際にルセフィ錠2.5mgとルバフィン錠10mgの取違に気が付いたため調剤をやり直した。	レセコン入力時調剤の準部をするために事務員と薬剤師が声を掛け合うが、先だってルバフィンを調剤した事とルバフィンもルセフィも普段から調剤しない薬局であったため思い込みで「またルバフィンが出ました」と声かけをした事で間違えを誘発しました。	処方せんをしっかりと読むことの再徹底と薬剤名を伝えるときは例え規格が1つでもmg数をきっちり伝えることを改善策としました。	ルセフィ錠2.5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
81	処方せんにはルバフィン錠が記載されていたが、ルセフィ錠がピックアップされていた。鑑査時に担当薬剤師が気がつき、過誤を防げた。	当時は金曜日の閉店間際で店内は混み合っており、経験半年の薬剤師が焦ったと思われる。	薬名が類似しているものは出来るだけ在庫場所を離すようにし、経験が浅いスタッフの教育を強化する。(学んだことを朝礼で発表やテストを実施する等)	ルバフィン錠10mg	ルセフィ錠5mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
82	過去処方にアレルギー剤が処方されていたのでアレルギー剤処方変更であると早合点してしまった。	類似名に厳重注意	場所を変える等	ルセフィ錠5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
83	0410対応で病院から処方箋を受け取り。調剤時にテオドール100mgではなくテグレート100mgを間違えてピックアップ。鑑査時に気付かず、電話投薬後に郵送。後日患者様より「飲むもうとしたらいつもと違う薬が入っている」とご連絡あり、ミスが発覚。患者様に健康被害はなし。	名称類似品および規格同一品。	鑑査時は薬袋の写真と薬が一致しているか確かめる。一般名処方の際には箱に記載された成分名と一致しているか確認する。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
84	テグレート100mgをピッキングするところをテオドール100mgをピッキングしていたが、監査時に気付いた。	忙しい時間帯だったこともあり薬剤を勘違いして取り揃えてしまった。	棚に両方並べていたが、棚と引き出しに分けて注意喚起の付箋を棚に貼った。	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。
85	調剤作成者がテオドール顆粒とテグレート細粒を間違って調剤。監査者が気づき発覚。患者様の手にわたるまえに未然に防ぐ事が出来た。	まずテグレート細粒とテオドール顆粒を離して置きより分かりやすく包装の箱にテグレートテオドール取り間違い注意などの注意喚起を記載する。	場所をより離してポップにテオドール、テグレートありと書いている。	テグレート細粒50%	テオドール顆粒20%		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。
86	処方箋にはテグレート錠100mgと記載されていたが、調剤者はテオドール錠100mgを調剤した。監査した薬剤師が間違いに気がついた。名称が類似して上に規格が同じ100mgであったため、思い込んでいた。	取り違え薬剤は名称が似ており、薬剤棚の配置場所も上下で隣接していた。取り揃えた際に確認を怠った事が原因と思われる。	薬剤棚の配置場所にマジックで色分けするように気をつける。薬を隣ではなく多少離して置く。	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。
87	テグレート錠100が処方のところ間違っ てテオドール錠100を調剤した。監査時に 発見した。	薬剤名が類似しており間違っ て調剤してしまっ た。	機械化による確認を必要と思われる	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
88	病院にて発熱外来でアスペノンカプセル20 m gで処方。アスベリン錠20m gの誤りと気づき疑義照会。変更となる。	アスペノンカプセルとアスベリン錠のオーダーリングミスについて、病院としっかり確認する必要があった。	薬局と病院でアスペノンとアスベリンのオーダーリングミスがあった事を指摘し、情報共有をした。			アスベリン錠 2 0	アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
89	当薬局を初めて利用。咳の症状があるため受診したことを聞き取り、心不全の診断はないとのこと。アスペノンCP20mgの処方を不審に思い、疑義照会。疑義照会の結果、アスベリン錠20mgに処方変更。	名称類似	名称類似品の存在を知っておく。患者さんの体調を聞き取り、正しい処方か正しく判断する。			アスベリン錠 2 0 アスペノンカプセル 2 0	アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	患者が受診時に消化不良のために、エクセラーゼの処方を希望。処方箋の記載は般)ゾニサミド100m g	薬剤の頭文字エクセが共通病院でエクセラーゼをエクセグランと間違えて引用したと思われる。	薬剤変更時には特に薬剤の内容と患者の病状の確認が必要。			エクセグラン錠 1 0 0 m g	エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ゾニサミド錠 1 0 0 m g を 1 錠夕食後 3 0 日分と処方されており、投薬時に患者に処方理由を尋ねたところ「飲み込みにくさがあるから」とのことであった。嚥下困難に対する適応外処方なのか確認するため、先発薬エクセグラン錠の製造販売元の製薬メーカー「お薬相談室」に問い合わせた。	エクセグラン錠とエクセラーゼ錠は最初の3文字が同一。変換間違いと思われる	患者に処方されている理由や医師の処方意図をよく考えて、おかしいと思ったら立ち止まって疑義をする。	エクセラーゼ配合錠	ゾニサミド錠 1 0 0 m g 「アメル」		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
	パーキンソン病患者に対する嚥下困難に対して同成分であるトレリーフOD25mg錠なら適応があるが、100mgは悪化させてしまう、という情報だった。医師に疑義照会をしたところエクセラーゼ配合錠の間違いであったと返答あり、処方変更となった。						

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

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
No.	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	エクセグラン100m g が処方されていたが、普段処方がなく、他処方薬剤が整腸剤等の消化器関係の薬剤だったため疑義。エクセグラン100m g ではなくエクセラーゼ配合錠を処方予定だったと回答があり。患者本人にはエクセラーゼ配合錠をお渡し	エクセグランとエクセラーゼ配合錠の頭3文字が一緒のため発生したと考えられる。	患者からのヒアリングをしっかりと行い処方薬の妥当性を判断する少しでも疑問に思う処方に関しては疑義の徹底を行う			エクセグラン錠100m g	エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	間違って違う成分の薬をピッキングしたが、監査機器で間違いに気づく	アテレック錠5 アレロック錠5 名称が似ている	アレロック アテレックの引き出しに、【名称注意】のシールを付ける	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	高血圧治療目的で処方されたアテレック錠10m g にも関わらず抗アレルギー剤のアレロック5m g を調剤。	2種類の用法は異なるのにも関わらず完全なぼんやりでした。	自身の薬局の名称類似品を把握し徹底しておく。	アテレック錠10	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
95	30代の若い女性に血圧降下薬のアテレック処方あり。本人に受診理由を聞いたところ、カニを食べてアレルギーになったと聞き取り。疑義照会した所、アレロックに変更になった。	アテレックとアレロックの名称類似が大きな要因と考えられる。また両薬剤とも5m g の規格が存在することも原因としてあげられる。繫忙期による疲労も原因と考えられる。	投薬時の聞き取りの徹底、鑑査時に年齢から処方の妥当性などを判断するなどで対応。			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。

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

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
No.	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	
96	アロチノロールが処方されており、投薬の際に聞き取りすると尿酸値が高いので薬を出しておくと言われたことが分かった為、医療機関に確認するとアロプリノールの間違いであることが分かった。	処方箋に書かれた薬剤が正しいと思い込んでいた。	新しい処方薬が出た場合は必ず症状を確認することの徹底。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「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。
97	9/29(木)9:50頃、調剤時アロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」をピッキングすべきところ、アロプリノール錠100mg「サワイ」をピッキングしてしまい、鑑査、投薬の際も見落としてしまったため患者本人に薬が渡ってしまった。患者様が1回分服用された後に気付かれ、10/3(月)に来局されて調剤ミスが発覚した。	9/29(木)は本来薬剤師2名体制の日であったが、急遽1名が休まれることとなり、薬剤師が1名体制となっていた。さらに当日は患者数が多く、多忙により、疲れ、焦りが出ていた。また当該患者の薬は定期薬の3種類のみだったが、今回から供給不足のためアムロジピン錠5mgのメーカーを「トーワ」から「ファイザー」へ変更することになったため、鑑査や投薬の際にそちらの変更に注意が向けられてしまい、アロチノロールの鑑査が疎かになってしまった可能性がある。	できるだけ繁忙時に1人薬剤師にならないようにシフト調整を行っていくが、今回のようにどうしても1人体制になってしまう時は、焦らず、調剤、鑑査、投薬とそれぞれ別の目でしっかり確認するようにする。今回のように似ている名前の薬の置き場所には目を引くようにしっかり注意喚起する。1度ミスした患者様に同じようなことがまた起こらないように患者様の薬歴にも注意喚起する。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	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。
98	一般名にてアロチノロール錠10mgの処方があったものの、同時処方薬が10種類あり定期薬であったが、誤ってアロプリノール100mgで調剤をおこなった。鑑査時に別の薬剤師が過誤を確認。アロチノロールにて患者様には投薬をおこなった。	薬剤師2名による調剤・鑑査は継続しておこなっているが、薬袋印字の薬品名とも照らし合わせて鑑査の強化を行うよう、調剤時の流れを変更した。	処方箋薬すべてが一般名である場合も増えたため、レセコン入力後の薬剤名とも合わせて鑑査をかけるよう確認を追加した。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「トーワ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
99	アロチノロール10mgが処方されていたが、アロプリノール100mgがピッキングされており、投薬者が鑑査したときに発見し、交付には至らなかった。	薬をピッキングする際に、一般名処方の頭2文字のアロと後ろ2文字のールと規格頭の10をさらっとみて、ピッキングしたものと思われる。当薬局では、処方箋のコピーを取り、ピッキング時に「剤型」「規格」に○をつけて1個送りでピッキングすることとしているが、漏れた。ピッキング時のチェックは個人差があり、人によってはブラバスタチンの「ブラバ」やアトルバスタチンの「アトルバ」に○をつけたり、カンデサルタン・アムロジピンのような配合剤では「カ」と「ム」に○をして薬剤名もチェックしている人もいるが、当事者はそれをしていなかった。	薬剤名は頭4文字を確認しないと、3文字や2文字のチェック、全体をサラッと見ただけのチェックでは間違えることがある（4文字でもオメプラゾールとオメプラールを間違える可能性はあるが）。レセコン入力の事務員も3文字入力の場合に薬剤の取り違えを起こすことがあるので、事務員、ピッキング者に4文字チェックを徹底する。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	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。
100	アロプリノール錠100mg トーワ処方の所、アロチノロール錠10mg トーワで調剤監査者がポリムスの使用で気付く。	調剤者の体調不良による集中力低下。	ポリムスの使用	アロプリノール錠100mg「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」		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。
101	処方箋記載は一般名でアロチノロール錠5mgだったがしっかり確認せずに名称類似品のアロプリノール錠100mgを調剤。薬剤監査のダブルチェックでミスを発見。患者さんに交付する前に防げた。	調剤に慣れたときに薬品名をしっかり確認しなかったために発生した事案と思われる。	今回は未然に防止できたがダブルチェックの重要性を再確認する。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「タナベ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
102	家族の方が来局。アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」のところ、アロプリノール錠100mg「ファイザー」を間違えて投薬。当日中に本人から電話があり、間違いに気づいた。自宅に伺い交換し、謝罪。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」とアロプリノール錠100mg「ファイザー」の棚が上下であったためピッキングミスが起こった。その日多忙だったこともあり鑑査が不十分になり間違いに気づかずそのまま投薬してしまった。来局者が家族の方であったため投薬の時にも間違いに気づけなかった。	類似する薬品名の棚は離して配置する。多忙時でも鑑査は落ち着いてしっかり行う。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「ファイザー」		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。
103	アロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤すべきところをアロチノロール錠100mg「サワイ」で調剤。翌日血圧が下がったことを心配し再度受診した際に誤薬であることが発覚。	アロプリノールとアロチノロールが調剤棚の上下に配置されており、アロプリノールの所にアロチノロールが混ざっていた。薬剤師は当時1人で自分でピッキングをし、まさかアロプリノールの棚にアロチノロールが混ざっているとは思わず、また名前が似ており、規格、メーカーも同じであったため鑑査・投薬の際も気づけなかった。	類似名、類似剤型のため2つの薬品は場所を離すことにした。また鑑査でもスルーされたため、監査時は処方せんに記載された薬とピッキングした薬は声を出して間違えが無いことを確認し、薬袋に載っている写真と比較して間違いが無いことを徹底することにした。	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。
104	ノルバスクで処方されていたが、ノルバデックスで調剤されていた。監査者が気付いた為、交付前に発見できた。	注意喚起の札がなく、事務員による調剤でもあった為、間違えやすい薬という認識が低かったことが考えられる。	非薬剤師の調剤が増えてきたので、誤調剤しやすい薬剤については、注意喚起の札をつけるなどで対応する。間違えやすい薬という知識を増やす為、注意が必要な薬リストを店舗内で共有する。	ノルバスク錠5mg	ノルバデックス錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
105	タケルダ配合錠が処方されていたが、タケキャブ錠10mgを調剤した。医薬品を渡す時に間違いに気がついた。正しい薬を交付した。	患者は、薬局閉店時間の間に来局した。患者が急いでいる様子が気になり、調剤者、交付者ともに処方内容の確認が不十分であった。	忙しい時は監査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者、鑑査者、交付者は別の人物とすることで三重のチェックを行い、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐ事に気をつける。	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。

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

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
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
106	以前は錠剤を服用していたが、嚥下が難しくなってきたので服用薬を粉砕する事になった。服用薬中に徐放錠であるベタニス錠が処方されていたがそのまま粉砕してしまった	粉砕指示があったので、服用薬全ての粉砕可否を調べずに粉砕してしまった	初めて粉砕する場合は、処方薬すべての粉砕可否について調べることを徹底した			ベタニス錠25m g	ベタニス錠（徐放性製剤）については、分割、粉砕による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	一般名が長く（ドロスピレノン・エチニル エストラジオール配合錠）処方せんの記載 名だけではヤーズかヤーズフレックスか判 断ができないため疑義紹介をした。	長い一般名の場合は特に注意をして判別す る。	必要あればPCの入力を試しに一度したりす る。			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 え事例等が複数報告され ていることから、製造販 売業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	(般)タダラフィル錠5mg記載の処方を応需 した。当該患者は前立腺肥大でありシアリス 錠ではなくザルティア錠の処方の意図と 推察ができた。	一般名が紛らわしく判断を誤ったと考える。 。	疑義照会を行った。ザルティア処方と意図 を確認し以下のように処方を変更いただいた。 (般)タダラフィル錠5mg→(般)タダラ フィル錠5mg：ZA	シアリス錠 5 m g	ザルティア錠 5 m g		タダラフィル製剤におい て一般名が同一であるこ とによる薬剤取違え事例 等が複数報告されている ことから、製造販売業者 は医療機関へ注意喚起を 実施しているところであ る。
109	【般】タダラフィル20mg：ADで処方され たが、疑義紹介の結果【般】タダラフィル 5mg：ZAへ変更になった	一般名か商品名でタダラフィルを検索した 結果、間違えたものと思われる	診療科目の確認と本人への聞き取りに気を 付ける			アドシルカ錠 2 0 m g	タダラフィル製剤におい て一般名が同一であるこ とによる薬剤取違え事例 等が複数報告されている ことから、製造販売業者 は医療機関へ注意喚起を 実施しているところであ る。
110	アドシルカ（20）の処方箋記載。その下に タダラフィルとも記載あり。（20）が必要 なのか適応を医師確認した。泌尿器科領域 の用量で処方したつもりとの事。結果、タ ダラフィル（5）で調剤。アドシルカ （20）が患者にわたることはなかった。	一般名が同じで用量により適応にも違いが あるものについては、十分患者の歴から確 認していく必要がある。	適応症の確認を行うようにしている。			アドシルカ錠 2 0 m g	タダラフィル製剤におい て一般名が同一であるこ とによる薬剤取違え事例 等が複数報告されている ことから、製造販売業者 は医療機関へ注意喚起を 実施しているところであ る。

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

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
No.	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	
111	前立腺肥大症に伴う排尿障害でタダラフィル錠5mg「ニプロ」を1錠(5mg/日)で継続服用されている患者。当該薬剤の適応は5mg/日まで。7/26(木)同一処方箋内にタダラフィル錠2.5mg「ニプロ」1錠とタダラフィル錠5mg「ニプロ」1錠が重複していることを処方監査時に発見。患者からのヒアリングで医師から処方変更はないと意向を確認する事が出来たため、重複及び過量投与に気づく。その後、医師に疑義照会を行い、タダラフィル錠2.5mg「ニプロ」1錠は処方削除となる。	医師が処方オーダリングシステムに誤って入力したものと考えられる。当該処方成分のタダラフィルは、前立腺肥大症に伴う排尿障害の適応については、最大5mg/日であるが、勃起不全治療薬であるシアリス錠は適応用量が異なり複数規格(5mg/10mg/20mg)が存在するため、医師が処方時に用量についての知識が混同したしまった可能性も考えられる。	レセプトコンピューターで処方箋入力時の過量投与の警告を確認し、添付文書にて当該薬剤の用法用量などの医薬品情報を確認する。前回処方との変更点に関して、前回薬歴や患者のヒアリングで医師の診察時の説明と処方に相違点はないか確認する。薬局内で本事例について情報共有を再発防止に努める。			タダラフィル錠2.5mg Z A「ニプロ」 タダラフィル錠5mg Z A「ニプロ」	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え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	平素より通院されている患者様。今回血液検査がありワーファリンのコントロール不十分のため増量になったと医師より説明受けられている。今まではワーファリン1mg 2錠で服用していたが、今回ワーファリン5mg 1錠が追加され、合計7mgの指示だった。投与量について電話で疑義照会したところ、ワーファリン5mg 1錠ではなくワーファリン0.5mg 1錠の誤りであったと確認。本人に説明し、ワーファリン1mg 2錠+ワーファリン0.5mg 1錠で調剤しお渡しした。	医師の規格間違い。入力ミス	医師の処方に疑わしき点があれば疑義照会で確認する。			ワーファリン錠5mg	ワーファリン5mgとワーファリン0.5mgについては、規格取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	「般」硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていた。疑義照会の結果「般」硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。今回より違う病院から紹介で違う医療機関に通うことになっていた。お薬手帳を確認したところ一般名がよく似た違う薬が処方されていたことを発見したため疑義照会を行ったところ今まで服用していた薬に変更となった。	今回より違う病院からの紹介で違う医療機関を受診することになった。一般名が類似のため検索の際に間違えて違う薬を選択してしまった可能性があり。	お薬手帳を確認し疑わしい点があれば疑義照会を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	今回より転院、継続処方予定の患者。硝酸イソソルビド徐放錠20mg 1T1×寝る前の処方。お薬手帳、今まで服用していた薬情を見せてもらったところ、一硝酸イソソルビド錠であったこと確認。薬変更の話なかったとのことで疑義照会したところ、処方医の思い違いがあったよう変更へ。	類似している医薬品のためこれだろうという思い込み、カルテ記載ミスがあったと考えられる。	転院時は聞き取りはもちろん、手帳や薬情等の情報を駆使して処方に相違ないか確認している。	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。
115	今まで一硝酸イソソルビド錠20mgを含む薬を服薬されている患者さんが転院し、そこから初めての処方箋を持参。一硝酸イソソルビド錠20mgが無く硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていた。患者に確認したところ、体調に変わりはなく医師から薬の変更については聞いていないとのこと	薬名の類似、医師に一硝酸イソソルビド錠20mgを扱った経験が無い、など	薬名の確実な読み取り、類似名薬の有無の確認、薬歴や患者からの聞き取りから、服用薬の適性判断などを行う	硝酸イソソルビド徐放錠20mgサワイ	一硝酸イソソルビド錠20mgサワイ		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。
116	疑義紹介を経て、硝酸イソソルビド徐放錠20ミリグラム朝夕から一硝酸イソソルビド錠20ミリグラム2T2Xへ変更となった。	かかりつけの病院から訪問診療専門のクリニックへ変更になり、初めての処方の際に起きた。クリニックの側の確認不足と、薬品名、規格が類似であったため打ち間違った可能性も考えられる。	処方変更等があった際は、クリニック側に意図を確認し、訪問を行うようにしている。			硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド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。
117	近隣クリニックに転院してきた患者に前回と同じ処方内容で薬を処方してもらったと口頭で確認。今まで一硝酸イソソルビド20mg「タイヨー」で処方されていたが、今回から硝酸イソソルビド20mg「タイヨー」に変更されていた。疑義照会にてDrに問い合わせたところ間違いであったため、一硝酸イソソルビド20mg「タイヨー」に変更になった。	名称が似ていたためDrが間違えて処方してしまった。	名称が似ている薬が変更された時は、口頭にてDrからどのような話だったかより詳しく問診する。	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。

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

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
No.	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	
118	継続処方にてカナリア配合錠が1錠朝食後で処方されていたが今回よりカナグル錠が追加で処方された。カナリア配合錠自体がカナグル錠の合剤であるため、成分が重複しており疑義照会にて確認しカナリア配合錠が削除となった。	カナリア配合錠の削除し忘れ。または、合剤の成分の確認不足	同種同効薬を確認し、患者から情報収集を行い、処方内容を検討。			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。
119	前回までは、カナリア配合錠・メトホルミン・アピドラ注ソロスター・トレスーバ注フレックスタッチにて糖尿病治療をされていた患者様で、今回よりアピドラ注ソロスターが、オゼンピック皮下注に変更となった。 本来であれば、GLP-1受容体作動薬であるオゼンピックに変わったことで、インクレチン関連薬のため同効薬となるDPP-4阻害薬の処方変更が考えらる。なので、カナリア配合錠から、単剤のカナグルへ変更となるはずが、おそらく処方内容の確認不足により、カナリア配合錠のまま処方がなされたと考えられる。	単なる処方内容の確認ミスとも考えられるし、または名称が似ているため、勘違いが生じていた恐れもある。	複数種類の糖尿病治療薬が存在しているため、処方変更時は特に注意が必要である。そもそも、GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬はインクレチン関連薬のため同効薬となり重複してしまうことの認識も忘れないようにしたい。	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。
120	ロラゼパムからメイラックスへ処方変更。高齢者の新規用量としてメイラックス2mg/日に疑問を感じ患者へ確認したところ、薬剤変更の話がないと申し出あり。前回までのロラゼパムへ変更となった。	メイラックスの成分名「ロフラゼプ」と「ロラゼパム」の名称類似による誤りの可能性もあると推測される。	高齢者の用量確認を徹底する。処方内容の変更時には、特に注意が必要。	メイラックス錠 1mg	ロラゼパム錠 0.5mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼプ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
121	ベボタスチン10mg 3錠アデホスコーワ 60mg 3錠毎食後 7日分 モンテルカストチュアブル5mg 1錠寝る 前 7日分 オロパタジン5mg 2錠朝食後・寝る前 7 日分 上記処方あり、作用の重複処方はまれにあ るが、15歳未満でアレルギー薬を2剤処方 することが過去にあまりなかったこととベ ボタスチンが3錠毎食後という用法が誤 り、オロパタジンとの同効薬重複もあり病 院に疑義照会をした。	ベボタスチンとベタヒスチンは1文字目と 語尾2文字が同じなので病院の処方入力間 違ひではないかと推測される。	用法違いで類似薬の場合は処方ミスの可能 性もあるため、確認のためにも疑義照会が 必要と感じた事例。薬局内の医療安全研修 でもこの事例を照会した。	ベ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」		ベボタスチンベシル酸塩 とベタヒスチンメシル酸 塩の一般名類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
122	お薬交付時、患者様にお話を伺ったところ、 鼻水の症状を相談しており、めまいの お薬はお願いしていないとお話がござい ました。病院に疑義照会し、お薬が変更 になりました。	ベタヒスチンベシル酸塩錠、ベボタスチン ベシル酸塩錠どちらも処方されたことがあ り、処方内容の確認不足かと思われます	交付時、患者様のお話をよくおききするよ うにしております	ベタヒスチンメシル酸 塩錠12mg「TS U」	ベボタスチンベシル酸 塩錠10mg「タナ ベ」		ベボタスチンベシル酸塩 とベタヒスチンメシル酸 塩の一般名類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
123	病院から自宅近くのクリニックへ転院し、 今まで処方されている薬を継続服用すると 伺ったが過去にマイスタンの服薬履歴はな かった。	転院後に初めて処方されたため薬剤を3文 字で検索した時に間違えて選択してしまっ たと思われる。	医療機関が変わったときは特に処方内容の 確認を念入りに行い、薬の変更について患 者様本人から情報を得るようにする。	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。
124	処方箋にてマイスタン錠5mgが不眠時に処 方されていたため、患者に確認したところ 薬袋をお持ちであり、薬袋にはゾルピデム と記載されていたため、マイスリー錠5mg との間違いである可能性があった。疑義照 会を行ったところマイスリー錠5mgに変更 となった。	頭3文字が同じであるため、3文字入力によ る間違いが考えられる。	適応外処方の際は患者に確認を取り、おか しな点があれば医師に確認するようにして 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。

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

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
No.	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	
125	従来からマイスリー10mgが処方されている患者に対し、その日に5mgへの減量が行われたが、処方入力されたものがマイスタン5mgだった	処方薬剤変更の際に、類似名称の薬剤を入力したものと思われる	従来処方薬の把握に努め、処方変更の際は処方箋受け取り時に患者に確認している	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。
126	マイスタンが新規で処方されていて、他病院からの引き続きの処方かどうか手帳で確認、他病院での処方はなし。その後患者様に処方された経緯を確認、不眠が続くとのことでマイスタン：抗てんかん薬のため適応がないため病院に疑義照会→マイスリー 5 m g へ変更となりました。	外来診療が多忙な時間帯であり、電子カルテに医師が初めて入力する際に名称が似ているため誤って選択したと推定されます。	偶然、自薬局ではマイスタンは在庫していなかったが名称が非常に似ているため薬品棚近くに置かないこと 名称類似品があることを付箋で注意喚起する	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
127	マイスタン錠 1 0 m g が新規処方。患者インタビューの結果、以前より睡眠障害があり服用していた。てんかんの既往歴なく、本人確認するも眠剤を依頼したと返答あり、マイスリーとマイスタンの入力誤りである可能性あり、疑義照会し、マイスタン錠 1 0 m g は、マイスリー錠 1 0 m g に変更となった。	新規処方された薬剤については、何故処方されたのか患者本人にインタビューし、適切であるか確認する。服用したことがある薬である場合は、患者は薬剤名までは覚えていないことが多いが、何となくのPTPデザインを覚えていることがあるので、実際に見せてみて服用したことがあるか確認する。	新規で処方された場合は、その処方意図・用量の確認を必ず行う。実際に患者の目で確認してもらい、間違いがないことを患者本人にも確認してもらう。	マイスリー錠 1 0 m g	マイスタン錠 1 0 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
128	マイスタン錠 5 m g 1錠 不眠時 10回分の処方箋を持参した患者様が来局された。投薬時に薬剤師が症状を確認したところ、不眠の症状があり、頓服で服用する薬を処方してもらったとの訴えを確認した。患者様の症状より、名称の類似しているマイスリー錠の処方間違えの可能性も考慮し医師へ疑義紹介を実施。結果、ゾルピデム酒石酸錠 5 m g 1錠1×不眠時10回分へと処方変更になった。	名称類似薬の処方間違え	新規で薬剤が処方された際には、患者様の症状、病態の確認を実施する。症状に不適切な場合や処方間違えが疑われる場合には医師への情報提供と疑義紹介を実施し、処方の妥当性を確認する。	マイスタン錠 1 0 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「サンド」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
129	不眠の訴えの患者に対して、マイスタン錠5mgが新規処方。マイスタン錠が単剤処方であったことや、患者既往歴を確認した上で、疑義照会を行い、マイスリー錠5mgへと処方変更となった。	頭文字3文字が同じため、薬名類似による薬剤選択ミスと思われます。	既往歴、主訴の聞き取りを合わせて行いながら、適宜疑義照会を行う。	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。
130	マイスリー錠5mgが処方されるべきところ、マイスタン錠5mgと記載されていた。てんかんの既往歴もなく、それまではマイスリー錠10mgが処方されていた方で、聞き取りをしたところ特に体調変化もないとの事だったため、医師に疑義照会した。	マイスリー錠10mg 1錠⇒マイスリー錠5mg 2錠と変えたかったところを選び間違えたと思われる。	薬歴をみて、病名も考えて監査する。	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。
131	6種類の薬剤が処方されている患者で、今回新たにマイスタン（5）が処方になった。患者に処方された経緯を尋ねたところ、頼んだのは入眠薬である旨の答えがあった。このため医療機関に疑義照会を行ったところ、名称類似のための入力ミスとの回答。医療過誤を未然に防ぐことができた。	医療機関での入力ミス	処方せん受付の際の聞き取りを今後も充実させる。	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。
132	「マイスタン錠5mg」の処方。薬歴・お薬手帳の記録からてんかんの既往がないのに初めてマイスタンが処方されていたため、患者様に事情を確認。睡眠薬の処方について話があったとのことで、疑義照会にて「マイスリー錠5mg」に変更となる。	類似名のためパソコンの操作ミスと思われる。	疑問に思ったときにまず患者様に事情を確認するようにしています。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
133	入眠剤の「マイスリー錠」を処方すべきところ、抗てんかん薬の「マイスタン錠」が誤って処方されていた。疑義照会しマイスリーを調剤・交付した。近くの内科からの処方箋であったが見慣れない点や用法が寝る前であった点から、間違いでないか投薬時に慎重に確認したところ、上記の誤りが判明した。	薬剤名頭文字3文字まで同じであるため変換時に間違えて選択されてしまい、多忙の業務の中で見落とされてしまった可能性がある。	誤った薬をお渡ししてしまう事がないように患者様との確認を慎重に行い、処方の妥当性をしっかりと確認している。鑑査者が交付者へ引き継ぐときに確認が必要な事項を記載しておき、漏れがないように伝達している。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
134	当薬局 新患 マイスタン5mgの処方箋持参アンケートもほぼ白紙状態のため、薬剤監査のみで投薬へ。投薬者が、今まで飲んでた薬と同じものをもらうはずだったと患者より聞き取りし、てんかんの既往歴はないこと確認。 睡眠薬を服用中とのことで薬品名が類似しているマイスリーのことと推測し患者へマイスリーを見せると現在服用中の薬であることとわかる。医師によるオーダーミスのため疑義紹介 マイスリー5mgへ変更となった	カタカナで最初の3文字変換したことで出てくる薬剤を選択するときに選択ミスしたものの思われる	お薬には類似薬品名のものが多く存在するため、最初の何文字かで判断するのではなくすべての文字を1文字1文字確認することを徹底する	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。
135	前回不眠のためマイスリー錠5mg 0.5錠処方された患者に、今回は医師から服用しやすいようにと粉剤への変更を提案されマイスタン細粒1%0.25gに変更したとのこと。マイスタン細粒の効能効果は他の抗てんかん薬で十分な効果が認められない 発作型における抗てんかん薬との併用部分発作単純部分発作、複雑部分発作、二次性全般化強直間代発作全般発作強直間代発作、強直発作、非定型欠神発作、ミオクロニー発作、脱力発作であるため、疑義照会をしたところ マイスリー錠5mg 0.5錠 粉碎に変更となった。	販売名が類似しているため、同種同効薬と思い込んでしまった可能性。	引き続き処方変更の際には変更理由の聞き取りを怠らないようにし、出された薬の添付文書を確認する。	マイスタン細粒1%	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
136	マイスタン錠とマイスリー錠の薬の名前の類似で処方ミスが原因	病院でのカルテ入力のマイスタンとマイスリーのコードが似ているのかも？	患者様からの聞き取りとお薬手帳の確認。 違う病院の内科からアモバンが処方されていたが、眠れないので今日は精神科の受診にきたのだというものだった。	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。
137	マイスタン5mgが処方された。薬歴を確認すると、ゾルピデム5mgが継続されていたため、処方間違いを疑い、処方医に疑義照会した。結果、ゾルピデム5mgに変更となった。	ゾルピデムの先発品がマイスリーであるため、処方医の薬剤名の選択ミスが生じたと思われる。	薬歴、お薬手帳の確認を徹底する。製薬会社からのマイスリーとマイスタンの取り違え注意についての注意喚起が発信されているので、薬局内でもこのような情報を共有する。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「サワイ」		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。
138	普段より当薬局を利用。介護職で不眠傾向の患者。受付時に門前病院では初めての薬(マイスタン錠10mg)が処方されたため、その場で患者に確認。処方内容(マイスリー錠10mg)は変わらないはずで、てんかんの既往もないことを確認。すぐ病院へ連絡し、マイスタン錠10mg→マイスリー10mgに変更と確認した。	医薬品入力の際、頭文字3文字で検索されている可能性あり。	薬剤の変更がされている場合は患者に確認し、医師より変更する旨を説明されていない場合は問い合わせを行っている。	マイスタン錠 1 0 m g	マイスリー錠 1 0 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
139	当薬局へは約 1 カ月ぶりの来局であった。今回マイスタン 5 m g が処方追加となっていたが、投薬時に患者に確認したところマイスリーの間違ひではないかという疑念が生じた。疑義紹介で確認したところ、マイスリー 5 m g の間違ひであった。	処方箋作成時の入力ミス、医者から医療事務への伝達ミスなどが考えられる。	処方自体に問題がなくとも医薬品自体が間違えている可能性もあるため、必ず投薬時に患者と相互確認をする。その時に疑念が生じたときはすぐに薬を渡さずに疑義照会をして確認するようにしている。	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。

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

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
No.	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	
140	前回処方プロチゾラム錠がマイスタン錠に変更になっていた。眠剤を変えると主治医から聞いたが痙攣の話はしていない、と患者に確認、マイスリー錠の間違いではないかと疑義照会したところ、マイスリー錠の間違いであると確認できた。	患者の症状と処方内容で疑問がある場合は処方内容に間違いがないか疑義照会する。 処方入力時、薬品リストから選択するときに誤って処方薬の前後の薬品を選択することが予想される。	適応外処方も含め、薬の効能、用量を把握しておく。	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。
141	同じドクターであるが、病院を転院した患者が当薬局に処方箋FAXした。入力時に、処方箋通りに入力した薬剤師は、マイスタン 10mg が抗てんかん薬であることは理解しておらず、また転院しているが前回処方薬からの変更点については処方箋に記載がなかった。 入力監査時に、バルプロ酸徐放錠も出ていたことからそのまま入力監査・調製にて誤りに気付かなかった。投薬する際に、薬歴をチェックし、普段ゾルピデム10mg服用していることを確認した。マイスリー10mgと処方医が入力間違っているのではないかと思い、疑義紹介を行った。処方医はマイスリー10mgのつもりで処方していたと発覚し変更となった。患者には時間を取らせたが、抗てんかん薬を間違ってお渡しすることなく、事なきを得た。	処方医が3文字、規格入力にて、マイスタン 10mg のほうを選択してしまった可能性。	転院される方のみならず、薬の変更点については必ず申し送り、記載忘れないこと。 また、何かしら記載変更があるのであれば処方医の意図をくみ取ることも忘れないようにする。今まで触ったことのない薬については忙しくても必ず何の薬か、調べる癖をつけるようにする。	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。
142	前回からマイスリー（5）が追加になった方。今回の処方がマイスタン（5）だったため疑義照会したところ、正しくはマイスリー（5）だった。	処方箋は前回DOの印字処方に診察後、医師が追加や削除を手書きするスタイル。前回、手書き追加になったマイスリー（5）を医事課で処方箋入力する際、マイスタンを入力したと考えられる	前歴に追加薬の記載と、患者さまの不眠の訴えを記載できていたので気づけた。また、前歴と照らし合わせる時に、鉛筆チェックまでおこなっていた。	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。

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

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
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
143	他病院でマイスリー錠5ミリグラムを使用中の患者様で薬がなくなったため、A病院を利用し、マイスリー錠5ミリグラムを処方すべきがマイスタン錠10ミリグラムを誤って処方した。手帳で確認し、薬変更でないと聞き取りをして、疑義照会によりマイスリー錠5ミリグラムに変更。	名前の類似、医師が薬手帳を見ていない、処方せんのチェック不足	手帳をしっかりと確認、よく聞き取りを行う	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
144	・糖尿病・内分泌内科にて抗てんかん薬の処方追加の疑問により疑義照会を行った。・患者様より聞き取り不眠の訴えあり・結果 過去に処方歴のある入眠剤に処方変更となる。マイスタン錠5mg(誤)→マイスリー錠5mg(正)	医薬品の名称類似 マイスタン錠5mg(誤) マイスリー錠5mg(正)	・受診された科より効能・効果が逸脱した薬剤はチェック確認する(処方意図の確認)・追加され薬は患者様に聞き取りをする。			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。
145	マイスタン処方があり。患者家族聞き取りにて、眠れていないとお話あり。マイスリー処方間違え疑い、疑義照会。マイスリー5mgへと変更になった。	3文字検索による処方間違え。医薬品名称の類似による処方間違え	類似名称医薬品の注意喚起を全員で行う。薬局内での情報共有。	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。
146	以前より、マイスタン錠5mg4錠分1夕食後の処方に対して、疑義照会を行い、マイスタン錠10mg2錠で調剤していた。今回の処方箋受付時に、マイスタン錠5mg4錠が、マイスリー錠10mg2錠と変更になっていた。	医師が、マイスタン錠5mg4錠からマイスタン錠10mg2錠に変更する際に、誤ってマイスリー錠10mgと入力した。(疑義照会し確認)	以前より注意喚起されている薬剤であり、すぐに疑義照会しマイスタン錠へ変更となった。類似名による薬剤間違いの事例報告等を定期的に共有し、疑わしい処方箋は積極的に疑義照会するようにしている。	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。

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

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
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
147	平素から当薬局を利用している患者が定期薬の処方箋を持参し、来局。処方内容を確認すると初めてマイスタン錠5m g 1日1回就寝前の処方が追加になっていた。患者にはこれまでてんかんの既往症がなかったため疑義照会したところマイスリー錠5m gの間違いであることが分かった。	薬剤名の類似。また、マイスタン、マイスリーともに規格が5m gと10m gで一致していることも要因の一つと考えられる。	これまでてんかんの既往症がない患者にマイスタンが処方された際には疑義照会を必ず行うようにする。また、薬剤名類似により間違いが起りやすいものについて知識を共有しておく。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
148	平素から来局されている患者様の処方箋をFAX受付。マイスタン錠5mgが処方された。当該薬剤は「抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかんにおける抗てんかん薬と併用」とあるが、当薬局のみ利用の患者様に他の抗てんかん薬の服用歴が無いため疑義照会を行った。処方医より「マイスリー錠5mgを処方したかった」と返答があり、マイスタン錠5mgからマイスリー錠5mgに処方変更された。	マイスタン錠5mgとマイスリー錠5mgは医薬品名が類似しており、同一規格であったため、検索時に誤って選択してしまったと考えられる。	日頃から患者様の他科受診や併用薬の情報を把握し、処方内容に疑わしい点があれば疑義照会を行うこと。	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。
149	前回処方と比較し、ルネスタからマイスタンに薬剤変更がなされていた。本人から聴取した話と不眠の症状からマイスリーへの変更の可能性が高いと判断し、処方医へ疑義照会を実施。その結果、マイスリーへ変更となった。	処方医が電子カルテの入力の際に、3文字以内で薬剤名を入力したため類似名称である薬が処方されたと推察される。	患者の今の状態や以前の服用薬から処方変更の意図を推察し、疑問点が生じた場合には躊躇せず処方医に疑義照会を行うよう取り組んでいる。	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。
150	マイスタン錠 5 m g が新規で処方された。患者に症状のヒアリングを行うと、今回は不眠について医師に相談しており、てんかん発作が出たことは無いとのことだった。病院に疑義照会したところ、誤りであることがわかり、マイスリー錠 5 m g に処方変更となった。	病院での入力時に「マイスリー錠 5 m g」と名称の似ている「マイスタン錠 5 m g」を誤って入力したと考えられる。	引き続き、患者の症状と処方内容の整合性の確認を徹底する。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
151	気管支喘息でアドエア500を継続使用中の患者様にスピオルトレスビマットが新規処方された。同効薬重複していること、薬歴にて過去にアドエア500とスピリーバレスビマット2.5μgを併用されていたことが確認できたため疑義照会を行ったところ、変更となった。	名称類似のため入力ミスと考えられる。	新規薬処方時の監査の徹底	スピオルトレスビマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスビマット60吸入		スピオルトレスビマットとスピリーバレスビ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。
152	前回までスピオルト単独であった患者様。今回処方変更あり、オーキス追加となっていたが、スピオルトもそのまま処方あり。LABAの同効薬重複となるため問い合わせし、オーキスはそのまま処方。スピオルトはスピリーバに変更となった。	医師はスピオルトとスピリーバを勘違いしていた可能性、スピオルトはLABA+LAMAと認識していなかった可能性あり。	複数の成分が配合されている吸入薬は多く、一覧表などを掲示して同効薬の重複がないか、処方が適切を確認する。	スピオルトレスビマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスビマット60吸入		スピオルトレスビマットとスピリーバレスビ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。
153	ルセフィ錠5mgが処方されていたが、同一処方箋にリンデロンVGクリーム、ヒルドイドソフト軟膏の処方があった。患者様に確認をしたところ痒みがあるということで受診をしたと判明したため、疑義照会を行ったところルバフィン錠10mgへ変更となった。	処方医が処方入力の際に薬品名を間違えた。薬品名が一部類似しており間違えが起こりやすかった。	患者様からの聞き取りを慎重に行い、必要に応じて疑義照会を行う。薬品名の類似で間違えやすい医薬品名のセットをリストアップして周知する。	ルセフィ錠5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
154	テグレート100mgの処方も患者さんの訴えと薬の内容に齟齬があり薬の処方間違いの疑いあり問い合わせ	似ている名称での薬の取り違いで有名な薬なので単なる入力ミスと疑われるたので新しく処方になった薬については服薬指導の際にきちんと症状と状態等を確認した上で誤りがないかどうか疑って調剤する	似た名称の薬の取り違いリストの共有	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。

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

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
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
155	風邪症状で久しぶりに受診。処方にアブリ ンジン (20) があったが、症状と合わない ため疑義照会。アスベリン錠 (20) へ変更 となった。	病院の医療事務の入力間違いとチェック漏 れ	処方意図をきちんと考え、症状と処方内容 の突合をしっかりと行っている。	アブリンジン塩酸塩カ プセル20mg「N P」	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、薬剤取違え事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところである。
156	アスペノン、ムコダイン、トランサミンが 3錠分3で5日分処方。アスペノンはアス ペリンを名称間違いと考え疑義照会した結 果、アスベリンに変更された。	クリニックの処方せん作成の際の類似名称 によるミス。	明らかに薬効が違う薬の処方の場合はすぐ に問い合わせること。	アスペノンカプセル2 0	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、薬剤取違え事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところである。
157	コロナ陽性の新患。FAX処方で、「【般】 アブリンジン塩酸塩カプセル20mg 3C分3 毎食後 2日分」と記載。コロナの患者様 だったので、抗不整脈薬は疑わしいと考え 照会したところ、咳止めのアスベリンを処 方したはずと回答。	のちに推定した要因だが、医院さんではド クターがカルテに処方を手書きし事務さん がレセコンに打ち込む。打ち込むときは商 品名で、出来上がった処方箋は一般名にな るシステムを採用。アブリンジンの先発品 商品名はアスペノン。手書きのカルテを見 間違えた可能性と、3文字検索で引き間違 えた可能性、両方あり。	処方箋上疑わしいことが発生したときは、 そのままにせず必ず確認する。	アスペノンカプセル2 0	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、薬剤取違え事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところである。
158	咳止めをお願いしているはずとの背景があ り、TELにて疑義照会した結果、誤った薬 剤選択がのった新たな処方箋が発行され た。患者訴えを事前に伺っており、心臓へ の既往もないことから事例発覚となった。	医師のレセコンでの薬剤選択の際、恐らく 2文字検索を行ったこと、その後の確認不 足が大きな要因と考えられる。	患者の症状、訴えに沿った処方になってい るかを先監査を徹底する。薬剤に対する知 識を深める。	アスペノンカプセル2 0	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、薬剤取違え事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところである。

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

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
No.	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	他社薬局から紹介を受けて処方箋を応需した。受付時に、患者の主訴は咳であることと心臓に症状はないことをヒアリングした。処方医に問い合わせたところアスピリンの処方ミスであることが発覚した。	当該処方箋は一般名で処方されていたが、先発品の名称類似による処方ミスであると考えられた。	名称が類似している医薬品は特に注意し、患者の主訴や症状の経過を確認しながら投薬している。	アブリンジン塩酸塩20mgカプセル	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方箋の記載通り、「アブリンジン20mg」を調剤。患者に症状について確認すると、咳止めを出してもらったとのこと。不整脈の症状は全くないとのことで、医師へ疑義照会し、「アスピリン20mg」の間違いであったことが発覚。	単純な処方オーダーミスであり、ぱっと見、文字の並びも似ているため処方箋発行時は気が付かなかったようだ。	薬剤交付時には、処方内容と症状が合致するかの確認を徹底する。	アブリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方箋に アスピロノカプセル20mgと処方されてた 処方内容からみて、風邪の処方とは違うと判断し 疑義照会をした	コロナ感染者拡大の中患者数が急に増加したため薬剤の名称の類似。	Drによる薬剤の名称の類似間違いが多いのでダブルチェックで処方内容を確認する	アスピロノカプセル20mg	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
162	患者持参の処方箋には、ゾニサミド100mg、イルソグラジン2mg、モサプリド5mgが1日2錠14日分と記載。薬剤師が症状を確認したところ、胃腸症状の訴えがあり、特にてんかん様症状がなかった。処方医に疑義をしたところ、医院事務員の先発名であるエクセラゼ錠とエクセグラン錠の入力間違いと判明した。	医院のレセコンが『エクセ』入力した際に、エクセラゼとエクセグランの両方検索され、名称が類似している為選択を誤ったと思われる。	処方箋内容の監査を徹底する。名称類似薬がある場合、調剤棚等に目印を付け、確認し注意喚起する。薬学的知識を深める。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
163	平素から当薬局を利用されている患者に、循環器科より処方されていたマーズレンS配合顆粒とSM配合散の混合の処方がなく、消化器科よりエクセグラン錠100mgが3錠 3×毎食後で追加されていた。 患者家族によると「粉薬が苦手で別の薬に変更希望」であったこと、及び循環器科の主治医は「消化器科のドクターに処方変更を相談した」とのことだった。消化器科の担当医に、エクセグラン錠ではなく、エクセラーゼ配合錠の間違いではないかと疑義照会したところ、エクセグラン錠100mgは処方中止になり、エクセグラン配合錠 3錠 3×毎食後に変更となった。	オーダー時の薬剤名の確認不足	今後も、患者や患者家族にしっかりと聞き取りをして処方内容の把握に努めるとともに、関係医療機関ともしっかりと連携する。また、薬剤の相互作用や服薬状況の把握に有益なお薬手帳の使用についても周知徹底していく。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	胃の調子が悪いとのことで、薬を追加するとの話であったが、エクセグラン錠100mgが処方されていた。話した内容と追加となった薬に食い違いがあったため電話にて確認を行った。エクセグランではなく、エクセラーゼ配合錠の間違いであったことが判明し、変更となった。	薬品名の頭3文字で検索をかけたときに、薬剤の選択を誤ったと思われる。	エクセグラン、エクセラーゼとも、初めての処方であった。患者の訴えをしっかりと確認し、追加となった薬剤が間違いないか、少しでも疑問を感じれば疑義照会を行うようにしている。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
165	定時でエクセラーゼ配合錠が処方されていた患者様だったが、エクセグラン錠が初めて処方された。てんかんの既往もなく、現在もてんかんの症状は一切ないご本人に聞き取りが出来たため医療機関へ疑義照会を行い、エクセラーゼ配合の誤りであったことが発覚。	類似する薬品名だったため選択間違いしたと考えられる。	患者様の治療中の疾患、既往歴を確認し、類似の薬品名がある場合には特に注意して監査を行う。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
166	脳外科の処方箋で当局初めての処方で一般名ゾニサミド錠100mg3錠分3であった。脳外科の処方問題は問題ないが、通常は最初1日100g～200mg1～3回に分割して服用であるのでおかしい思いご本人に他院で飲んでいたかお聞きするとそれはなく今日は胃の調子が悪くて受診したとの事。エクセラーゼの間違いであるかと思い医師に連絡し一般名ゾニサミド（エクセグラン）→一般名サナクターゼ50mg等消化酵素配合錠（エクセラーゼ）に変更になった。	医師が電子カルテに商品名を類似薬剤と間違えて入力したものと思われる。	薬剤商品名類似のものは一般名処方になったとしても注意する。	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。
167	胃腸風邪と見受けられる処方にゾニサミド100 3錠分3の記載あり。	エクセラーゼ配合錠とカルテには記載されていたが、事務さんが入力する際エクセグランと入力してしまったとのこと。	速やかに疑義照会を行い、処方変更に至った。	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。
168	定期薬として、エクセラーゼ配合錠を服用していた患者様にエクセグラン錠が処方。名称類似しており、薬剤名の入力間違いではないかと考え、疑義照会のうえエクセラーゼ配合錠に変更となった。	3文字で検索をしたときに出てきた2種類が並んで出てきたため片方を誤って選んでしまった可能性が高いと思われる。	新規処方の際は★マークが支援シートの薬剤名の横に出ようになっているため変更の有無がわかるようになっている。	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IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

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
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
169	投薬時に胃のむかつきがあると患者様より聞き取り。てんかんの薬が出ているが、先生はそんなことは言っていなかったとのことだったので、疑義照会実施。エクセグランではなくエクセラージェの間違いであったことが判明。	「エクセ」までしか打ち込まずに検索・入力してしまったのではないかと考えられる。	患者様から症状の聞き取りの徹底や適応の確認。また、先発品の薬品名の把握・類似する名前の薬の知識などが今回防ぐことができた要因かと考えられる。(今回処方箋にはエクセグランではなく、ゾニサミドと一般名で記載があった) またエクセグラン・エクセラージェの棚に「類似名あり」とpopを貼って注意喚起を実施。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	この患者さんは、高血圧症治療薬(2種類)、骨粗しょう症治療薬(1種類)、高尿酸血症治療薬(1種類)を定期服用中。今回、高血圧症治療薬の2つのうちの1つであるアテレック錠5mgが処方削除されて、アレルギー性疾患治療薬のアレロック錠5mgが処方された。薬を取り揃えた薬剤師は、処方通りの薬剤を準備したが、監査をした薬剤師が、患者さんに血圧の状況と現在の鼻水、かゆみの自覚症状の有無を確認し、更に過去の薬歴を確認した上で、おかしいと判断し、疑義照会を行った。その結果、アレロック錠ではなく、アテレック錠に変更された。	医院では、医師がカルテに記載した先発医薬品名を受付事務が、コンピューター上で、一般名に変換して処方箋を発行しているようだが、今回、薬品名が類似しており、さらに5mgと規格まで、同じだったことも重なり、医院で繁用のアレロック錠5mgを誤入力してしまったようだ。	処方変更された場合は、必ず患者さんまたはご家族に対して、処方変更の理由を理解しているかを確認することが必要であり、今後は、その取り組みを徹底する。ところで、今回の場合は、この患者さんが仮面高血圧のようで、自宅では高いのに、医院では正常値であるため、もし、患者さんが鼻水や、かゆみなどの症状があると答えていた場合は疑義照会まで至っていたのが課題として残る。	オロバタジン塩酸塩錠5mg「トーワ」	シルニジピン錠5mg「サワイ」		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	平素よりノルバデックス錠10m gを服用されている患者にノルバスクOD錠5m gが処方されていた。疑義紹介を行ったところ、ノルバデックス錠10m gに薬剤変更となった。	処方箋作成時の医薬品検索時に「ノルバ」の3文字で検索を行い、検索結果の中から誤ってノルバスクOD錠5m gを選択した。処方箋交付時に前回の処方内容との照らし合わせが不十分であった。	前回歴がある患者については、処方監査時に内容変更があるかを確認してから調剤を開始するようにしている	ノルバスクOD錠5m g	ノルバデックス錠10m g		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
172	【般】タモキシフェン錠10m gが新患の男性患者に処方されていた。男性で乳がん患者はめずらしく、処方元の医療機関も乳がん患者を通常診察している病院でなかったため、患者に病歴や受診目的などを聴取したところ、血圧が高くて受診したことがわかった。今回は一般名処方であったが、処方薬の先発品名が薬品名類似のヒヤリハットで有名なノルバデックスのため、オーダーミス进行疑い医師に疑義照会を行った。 【般】アムロジピン錠10m gの誤りであったとして、処方箋を差し替えてほしいと依頼された。	病院のオーダーリングシステムが先発の名称→一般名への変換を行うものであった。先発名称ノルバスク(成分名:アムロジピン)とノルバデックス(成分名タモキシフェン)の名称類似によるオーダーミスと考えられる。	事例を共有した。先発品の名称類似でも、一般名処方に変換されていると気づきにくい事もあるため、先発品・成分名どちらでも名称類似によるミスがある事を念頭におき業務にあたるようにした。また患者やお薬手帳などからしっかりと情報を収集することを徹底した。	タモキシフェン錠10m g「サワイ」	アムロジピン錠10m g「ケミファ」		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。
173	2回目の来局の患者さん、今までは他院で受診透析を開始することになり当薬局で病院を転院し今までの服用の薬も当薬局を利用することとなった癌の既往歴はないが、ノルバデックス錠10mgの処方があり、お手帳を確認したところノルバスク錠10mgを服用中であったため、疑義照会を実施し処方間違いであることが判明した	医療機関の記載時にノルバスクとノルバデックスの選択間違い	お手帳の確認と初回アンケートの確認を毎回実施している	ノルバデックス錠10m g	ノルバスク錠10m g		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	投薬時に本人に追加処方のタケルダ配合錠について説明をしたが、処方医からの説明と一致しなかった。追加処方の経緯は、胃カメラ検査をして逆流性食道炎と診断されてからであり、血液凝固系の診断もなければ、既往歴もなく、お薬を処方する話もなかった。事務を介して、疑義照会を行なった結果タケキャブ錠10mg 30日に変更になった。	「タケ」の文字が同じであるため、カルテ入力間違えた。処方箋発行時に連携が出来ていない為、入力を間違えた。	処方医からの説明と、本人の症状を必ず確認をする。お薬手帳を確認をして、過去に脳梗塞の診断などの既往歴も確認をする。ハイリスク薬と似ている名前の薬をいつも意識をして確認をする。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
175	不整脈既往あり、前回までランソプラゾール15mgとバイアスピリン100mgを服薬していた。処方箋受付時、投薬時「先生から薬を1つにまとめるといわれた」と聞き取ったが、今回の処方箋では両剤が中止、あらたにタケキャブ20mgが追加になっていた。疑義照会の結果、タケルダ錠の間違いと判明した。	処方入力時の間違い	薬歴より既往歴など患者様の全体像を把握し、聞き取りをしっかりと行い処方鑑査する			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。
176	平素からタケブロン服用中の患者で、処方箋ではタケルダに変更となっていた。患者に血栓などの血管イベントの有無を聞いたところ、覚えがなく、胃の調子が悪くなっただけとのこと。TELで処方医に確認したところ、タケルダではなくタケキャブの処方のつもりだったとのこと。タケキャブに変更して交付した。	医薬品名の類似による処方ミス。	今回のように患者に薬剤変更の理由をしっかりと聞くことで未然に防ぐことができると思われる。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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
No.	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	
177	テネリア新規処方があるが血糖値等異常ないことを聴取。肩こりは相談したとのことで問い合わせ、テルネリンに変更となる。	名称類似のため記載ミス	症状と処方内容の確認	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
178	患者さんが久しぶりに来局された。処方箋受付時に首や腰を痛めたと伺った。処方鑑査時に処方薬としてテネリア錠が処方されており頭文字が同じテルネリンの間違いではないかと思い医療機関に電話で疑義照会を行ったところテルネリンの誤りであることが分かった。	医療機関で処方箋を発行する際に頭文字が似ている医薬品を誤って入力してしまったものと思われる。	処方鑑査から投薬までに患者さんから情報を聞き取り、処方薬と症状があっているかどうか常に確認する必要がある。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
179	平素より当薬局利用の方。【般】チザニジン錠1mg、【般】メトホルミン塩酸塩錠250mgで処方されていた。前回より【般】メトホルミン塩酸塩錠250mgは継続服用中であつたが前回は休業しており今回再開となった。 また医師よりこの方の特に糖尿病について情報共有があつた。【般】チザニジン錠1mgは本人より肩こりがあると医師に伝えたとの話があつた。念のため処方医に電話して確認したところ今回糖尿病の薬しか処方していないとのこと。【般】チザニジン錠1mgがテネリアOD錠20mgに変更となった。	薬品名テネリアを入力選択するところをテルネリンを選択してしまい、自動的に一般名:チザニジン錠となってしまったようだ。	患者からの聞き取り、薬局で管理している情報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する。日頃から医師との情報共有していく。	テルネリン錠1mg	テネリアOD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。

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

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
No.	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	
180	ハルナールD錠0.2mgを服用する患者に新たにユリーフOD錠2mgが処方された。患者は医師から「今の薬（ハルナール）に追加して服用するように」と指示を受けたようだった。α1遮断薬として同種同効薬であったため念のため疑義照会を行った所、ユリーフOD錠2mgの処方ミスであった。	医師がカルテ入力の際に、2文字で入力するのが習慣となっている。	一般名処方のため先発品の商品名を意識して処方内容の妥当性を判断するようにと周知しております。	ユリーフOD錠2mg	ユリノーム錠25mg		ユリノームとユリーフの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
181	頻尿で継続受診の患者様。前回ベタニス錠の初処方があり、経過観察中。今回ベタニス錠は継続処方されず、処方中止に。新しくユリノーム錠が処方された。薬の交付の際の患者様とお話で、ベタニス錠に著効なく、医師に相談したところ薬剤を変更すると言われたとのこと。本日、血圧正常、採血検査でも尿酸値が高いと言われたことはないとのこと。患者様の訴えと処方内容が合致せず、不思議に思い医師に疑義照会。ユリーフに変更となった。	医師の勘違いによる処方ミス。ユリーフとユリノームの類似名も要因の1つと思われる。	患者様からの聞き取りをきちんと行い、服用歴や現在の状態を十分に確認することが医療ミスを未然に防ぐことを周知徹底した。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	通常、脳梗塞後遺症に使用されるセロクラールが寝る前だけに1Tと処方があり、患者には脳梗塞の履歴がなく、不眠を訴えているため、おかしいと判断し、医師に確認したところ、セロクエルを処方したつもりだったとのこと。用法用量的にもおかしいし、仮に服用しても、不眠は解消されなかったであろう。	今回の事例は医師の処方入力のミスであり、簡単なおかしいと薬剤師なら発見できるであろう。	患者のバックグラウンドを考え、用法用量が、何か処方意図があるのか、単なる間違いなのか、判断が必要である。	セロクラール錠20mg	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。