

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはテネリグリブチン臭化水素塩・カナグリフロシン配合錠 1日1錠分 1日1回朝食直前 35日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数18年）はカナリア配合錠を調剤するところ誤ってカナグル錠 100mg を調剤し、監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが、調剤の誤りに気付かずそのまま投薬。投薬後患者が自宅に帰り薬を確認したところ、いつもと違う薬が入っていたことに気が付き薬局に電話で連絡してきた。再度来局していただき確認したところ誤った薬剤を降雨付したのに気づき、正しい薬剤を交付した。	カナリア配合錠とカナグル錠 100mg は、名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	間違いやすい薬のリストを作り薬剤師間で共有し、監査や交付時に確認する。	カナリア配合錠	カナグル錠 100mg		カナリア配合錠とカナグル錠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検討しているところである。
2	ロラゼパム錠（0.5）サワイが処方されていたが、ロフラゼパム酸エチル（1）サワイを調剤してしまった。患者様本人が気付かれ、持参され、調剤間違えに気づき、交換させてもらった。	名称類似で気を付けなければならなかったが、焦りなどから、調剤間違えが起こってしまった。	名称類似薬品に特に注意し、落着いて調剤する。	ロラゼパム錠 0.5mg 「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販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3	患者様からご指摘を頂いたにもかかわらずメーカーの包装変更ではないかと思ひ込み、他店舗スタッフが間違いに気づくまでロフラゼパム錠で用意しなければいけないところロラゼパム錠で用意していた	・ 普段服用されている患者様からご指摘があったにもかかわらず自身の監査が合っていると思ひ込み確認を怠った・ 入力内容と連動した監査スキャナーの照合確認を怠った	・ 患者様からのご指摘に際し再度処方内容との相違が無い確認したうえで返答する・ 入力監査後の監査スキャナーの使用徹底	ロフラゼパム酸エチル錠 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パム酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
4	バラ錠のロラゼパム1m gを分包機のカセッターに補充する際、同メーカーのロフラゼパム1m gを補充してしまった。 監査の際に、錠剤のコードで誤っていることに気付いた。	補充の際には複数人でチェックを行っていたが、確認の精度が低かった。	ロフラゼパム「サワイ」の採用を中止し、視覚的にも異なるメーカーのものを採用した。	ロラゼパム錠 1 m g 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠 1 m g 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	投薬してから数日後に患者さんから電話連絡があった。『いつもとちがう薬が入っているのですけど・・・』まだ服用はされていないので誤った薬は破棄していただき、正しい薬を郵送した。	類似品名であり、日頃から気を付けそれぞれの箱にロラゼパム1mg『中間型（12～24hr）高力価型』ロフラゼパム1mg『超長時間型（90時間以上）高力価型』と記載しているにもかかわらず誤ってしまった。	ヒートの名称と処方箋の名称を処方箋上にヒートを置き、実際に確認する。	ロラゼパム錠1mg『サワイ』	ロフラゼパム錠1mg『SN』		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
6	ロラゼパム錠0.5mg 1錠 眠前 →ロフラゼブ錠1mg 1錠 眠前 でお渡ししてしまい、業務終了後の向精神薬チェックで間違いに気づいた。	どちらも処方量が良く出るもの。 どちらの薬のカセットも近くにある。	カセットに処方再確認する！！と 注意喚起の札をつける。GS-1 コードチェックを通す。	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 酸エチルの販売名類似については、 薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、 製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
7	前回DOで入力、一般名処方 でロラゼパムのところロフラゼブのま まで入力してしまった。正しい薬 剤で調剤し、監査時入力間違いに 気づいた。	当事者が入力中に、他の患者の受 付などを行い中断しながら入力を していたため、確認を怠ってし まった。	入力終了後、処方箋と入力の確認 を徹底する	ワイバックス錠0.5	メイラックス錠1mg		ロラゼパムとロフラゼブ 酸エチルの販売名類似については、 薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、 製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
8	ロフラゼブ酸エチル錠1mg サワイ1錠分1就寝前のところ、ロラゼパム錠1mg サワイで入力されていた。薬剤自体の取り違えはなく、患者へは処方薬品であるロフラゼブ酸エチル錠1mg サワイが交付されたが、薬袋や薬情など印字物はロラゼパム錠1mg サワイのまま渡っていたことが発覚した。薬品名のみ間違いで、用法用量は正しく入力されていたため、患者は処方通りに服用していた。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg サワイを入力すべきところ、類似薬品であるロラゼパム錠1mg サワイを誤って入力。入力監査時にも気づくことができなかった。	入力監査においても、類似薬品があることを念頭にいれて監査を行う。薬袋に入れる際、薬袋に載っている錠剤の写真も見ながら、間違いがないように最終確認を行う。	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。
9	予製の時、販売名が似ていたので間違えた。	確認を怠った。思い込みで予製した。	予製の時も思い込まずに確認を怠らない。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg [SN]	ロラゼパム0.5mg [サワイ]		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	新患で（般）ロフラゼブ酸エチル錠1mg処方。パソコンで在庫してある事を確認して調剤。調剤時処方せんは事務に預けていたので自身の記憶で向精神薬の棚から調剤。当薬局にはバーコードを読み取る監査の機械があり、スキャンした時にミス指摘。処方箋と調剤した薬品を比べた所ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤した事に気づいた。	ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」とロラゼパム錠1mg「サワイ」が元から在庫。この薬は両方とも1年以内に1人の患者様の処方があり在庫していた薬。普段調剤しない薬。音が似ており1mg「サワイ」で共通していたこともあり間違えて調剤を行ってしまった。	今回は機械の監査システムで気づいたが、慣れない薬の調剤・監査時には処方せんにチェックを入れてミスを起こさないように徹底しなければならない。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
11	【般】ロフラゼブ酸エチル錠1mgを処方されたが、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤した。	繁忙時間であり、半割調剤が必要のため急いでピッキングしていた。薬局内に類似名であるロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」、ロラゼパム錠1mg「サワイ」の両在庫があり、頻繁に処方のでるのがロラゼパム錠であったため、思い込みにより誤って調剤した。	保管場所が向精神薬と同じ引出しになるが、仕切りを付け保管した。包装箱の表示「類似名あり」が目視できるように配置した。調剤時は自己鑑査を徹底し処方箋と一文字鑑査を行う。	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。
12	ロフラゼブ酸エチル1mgが処方されていたところロラゼパム1mgを交付してしまった	名称が類似していたことと、薬の場所が隣だったため間違えてピッキング、その後の監査時に気づかず投薬してしまった	保管場所の改善と投薬時焦らず確実に投薬する	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販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	当該患者の前に「ロラゼパム錠」が処方されていた方がおり、その際に「ロフラゼブ錠」の箱に間違えて戻した。当該患者に「ロフラゼブ錠」を調剤しようと、監査機器に通す際にエラーが出て、「ロラゼパム錠」との取り間違いに気づいた。	向精神薬で、あいいうえお順も似ている。忙しい時間帯だったため、焦りもあった。	メーカーから注意喚起が出されている事例なので、そのことを薬局のスタッフに再確認・周知した。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	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販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
14	一般名処方にて【般】ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg が処方されていた所、ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」を誤って調剤、監査もそのまま見過ごしてしまい、患者様にお渡しの際再確認した所、ミスに気付く。	【正】ロフラゼブと【誤】ロラゼパムの薬品名が類似しており薬剤在庫保管場所も隣であったこと、調剤監査システムがエラー画面になり再度照合操作ができなかったこと、該当時間帯は薬局内待合が混み合い、調剤監査投薬一連の業務を慌てて行ったために注意力欠損の要因となったこと等が挙げられる。	ロフラゼブとロラゼパムの保管場所を離し、類似薬注意のメモを目立つように貼付。調剤監査システムがエラーになっても、再起動する等して必ず照合操作を完了させる。どうしても機械による認証が難しい場合には薬剤師スタッフがより入念に確認するよう努める。薬局が混み合っている場合、調剤監査において見落としがないよう確認は十分に行う。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
15	久しぶりに来局された患者に一般名手書き処方「ロフラゼブ錠1mg」が処方されたが、誤って「ロラゼパム錠1mg」を入力し、調剤薬剤師も入力ミスに気づかず、ロラゼパム錠mgで調剤した。投薬時に別の薬剤師が誤調剤に気づき変更して投薬した。	・手書きの処方箋で見づかった。・当薬局に「ロフラゼブ酸エチル錠1mg」の在庫はなく、取り扱いの多い「ロラゼパム錠1mg」と間違えてしまった。	・各々の医薬品に注意喚起の付箋を貼付した。・薬品名を声出しして調剤するように全薬剤師へ周知した。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
16	医薬品の類似名称による取り違い。	医薬品の配置場所が近く、一瞬の目視で類似医薬品をピックアップしてしまった。	医薬品の配置に距離を持たせ、類似医薬品の在庫があることを周知。	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。
17	スピオルトレスピマット60吸入が処方されたが誤ってスピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入を調剤してしまった。監査の際に間違いに気づいた。	確認不足によって生じたミスである。	類似している薬品名があることを念頭に置き、処方箋を熟視熟読することを心がける。	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。
18	スピリーバ処方のところ、誤ってスピオルトが集薬されているにもかかわらず監査時見落としのまま投薬。在庫確認の際にずれが生じていることに気づき、患者に問い合わせたところ、残薬があるためまだ使用していなかった。持参いただき、誤ってお渡ししたことを確認。処方スピリーバと取り換えて返却。	一包化を含む処方内容の多い監査であったこと、商品名や外観が類似しており、また繁忙状態もあり注意力が散漫になり、確認不足となったと思われる。	処方内容の多い処方箋に関しては、受付後コピーを行い、入力・集薬・監査の各過程を焦ることなく集中して行うことでそれぞれのミスの軽減を図ることとした。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
19	スピリーバ吸入用カプセル18 μ gを処方された患者に誤ってスピリーバ2.5 μ gレスピマットを調剤した。交付中、吸入薬を「使ったことが無い」と患者が言ったため誤って調剤していたことに気づいた。	スピリーバ2.5 μ gレスピマットを処方される患者が多かったため、思い込みをしたまま確認することなく調剤してしまった。	処方内容と調剤した薬が合っているかを確認し、監査時、交付時に再び確認をするようにする。	スピリーバ吸入用カプセル18 μ g	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。
20	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入を1キットピッキングするべきところをスピオルトレスピマット60吸入を1キットピッキング。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	同じレスピマットであることに對して注意力が散漫になっていたことが影響したと考えられる。	調剤業務を行うにあたり、丁寧に集中して行うことを今一度徹底する。また、名称が類似していることについて注意喚起の札をつけることを検討する。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	吸入回数の違う28吸入用を調剤	複数規格あることを知らなかった	処方箋を正確に読む	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28吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
22	他剤を調剤	思い込みによる見間違い	処方箋をよく読む	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。
23	スピリーバとスピオルトの2薬剤 間で差し引きゼロの差異あり。原因 を追究し、誤ってお渡ししたと思 われる患者様に電話したところ、 過誤が発覚した。謝罪の上、交換 に伺わせていただいた。病院薬 剤部に連絡したところ、薬剤部 より医師に報告していただけるこ とになり、医師より何か指示があ れば再度薬局に連絡いただけるこ ととなった。患者様にも、病院に 報告した旨、何かしら対処する必 要があれば、薬局に連絡をいただ けることになっていることをお電 話した。	一字一句薬剤名の確認の徹底が行 えていなかった。補助的に使用し ている過誤防止のピッキングシス テムがエラーにより使用できな かった。	名称、形体が類似している薬剤で あり、過誤を起こす可能性が高い 薬剤であることを認識し、一字一 句確認を行う。また引き出しに注 意喚起の表示を行った。	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、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
24	当該患者は、毎月定期受診し、内服とスピオルトレスピマットが処方されている。交付の際は患者希望ですぐに吸入開始できるようセットしてからお渡しする事になっている。当日も患者の目の前でセットして交付した。患者退席後に薬歴記入した際、セットした薬品がスピリーバレスピマットであることに気づき、すぐ患者宅に連絡をとり交換のため訪問した。患者は「いつもとキャップの色が違うと思ったが、きっとリニューアルしたんだな、と勝手に解釈していた」との事だった。	対応した薬剤師はレスピマットの扱いに慣れておらず、患者目前にてセットするために少し焦りがあったようだ。	交付の際に、薬剤師と患者でお互いに「いつもと同じ外観・名称のもので間違いないか」確認してからセットする。また管理する場所にも大きく「外観酷似、取り換え注意」のような文書を掲示する。	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。
25	スピリーバをお渡しする所、スピオルトを渡してしまい、患者様からの電話で間違いが発覚した	名前の近いものを並列していた	並びの変更及び調剤監査システムの導入	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、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	透析の患者様で一包化をしているのだが、硝酸イソソルビド徐放錠20mg サワイで調剤するところ、一硝酸イソソルビド錠20mg サワイを入れて一包化をしてしまった。一方か前に調剤者ともう一人の薬剤師が相互に薬の確認を行ってから一包化に入るがその監査もスルーして一包化してしまった。そのまま患者様にわたってしまったが、薬の発注の際に普段使用していない一硝酸イソソルビド20mg サワイが出ていたので事務員が誰に出たのか確認したことで発覚。患者様に電話連絡の上一包化しなおして患者宅へお届け。まだ服用前だったため、患者様には健康上の被害がなく事なきを得た。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg はフランドルのジェネリックで一硝酸イソソルビド錠はアイトロールのジェネリックである。一般名が酷似しているため、一包化前の確認でもスルーして一包化に行ってしまった。さらに監査も通ってしまった。	事前に準備する袋を用意し、注意喚起を大きく書いてあつめて相互に確認し、一包化の作業に入ることにした。さらに、酷似する一般名があることも申し送りのポップアップに入れ注意喚起を行った。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	2020年3月12日 該当患者さんが来局。今回より新たに一硝酸イソソルビド錠が一般名処方されていた。新規で採用した医薬品のため事務員が発注をかけたが、誤って類似名称の硝酸イソソルビド徐放錠を発注してしまった。繁忙時ということもあり焦りもあったため、そのまま気づかずに集薬を実施。薬剤師が薬剤交付時に誤りに気付いたため、調剤過誤には至らなかった。	・類似名称のため発注ミスが起った。事務員の確認不足・繁忙時であったため、集薬時の確認が疎かになっていた	・発注時は、類似名称の医薬品があるか確認し、十分なチェックを行った後に発注を行う。・繁忙時でも、指さし呼称を行うなどSOP手順を遵守する。	一硝酸イソソルビド錠20mg 「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	以前から一硝酸イソソルビド錠20mg（一般名：一硝酸イソソルビド錠20mg）が処方されている患者。一度他院を受診した際に、ニトロールRカプセル20mg（一般名：硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg）に変更となり、他薬局にて交付されていた。元の病院に戻った後、硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgが処方されたが、誤って一硝酸イソソルビド錠20mgを交付した。	調剤時におくすり手帳を確認し、一度他の薬局にてニトロールRカプセルが交付されていることを確認していたが、それまで処方されていたのが一硝酸イソソルビド錠だったこと、また一般名処方だったことから、ニトロールRカプセルは一硝酸イソソルビド錠の先発品だと思い込んでしまった。	名前が類似する2種類の薬が存在することを意識し、一般名処方の際は頭に「一」がつくかどうかを毎回確認する。	ニトロールRカプセル20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
29	フランドル20mg錠の処方箋で後発品希望のため硝酸イソソルビド20mgを調剤しなくてはいけないところ一硝酸イソソルビド20mgで調剤してしまった。	後発変換への知識不足と調剤後の確認怠り	名称が似てしまう薬剤には注意喚起の札などをつけるべきであった	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
30	処方が、「硝酸イソソルビド」から「一硝酸イソソルビド」へ変更していた。前回の処方が、「硝酸イソソルビド」であったため、Do処方と勘違いし入力してしまった。薬剤師のチェックにより間違えに気づき、訂正した。	門前の病院ではあまり処方が出ないため、浸透していなかった。	注意喚起の為、空き箱の一部を入力画面付近に貼付。当事者以外の社員にも情報を共有し、注意喚起。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」	イソコロナールRカプセル 20mg		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
31	分包機の一硝酸イソソルビドのカセットに誤って硝酸イソソルビドを入れた。分包機が動かなかったので気付いた。	分包機のカセットが一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの両方があり、名称が類似しているので間違えてしまった。	確認を何度もする。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「トーフ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
32	一硝酸イソソルビドが調剤されるべきだが、硝酸イソソルビド徐放錠がピッキングされていた	名称が似ていた	調剤時思い込みでピッキングしないこと、棚に注意喚起の紙を貼る	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	一般名が類似しているので、以前から調剤に注意しなければならない有名な一般名であることは、知っていましたが、長年服用していた患者さんが、半年ぶりに来られて、脳梗塞を起こして入院されていて、入院先の医療機関で薬が変更されており、久しぶりに来局された時、以前の思い込みで無意識のうちに薬剤を取り違えて、投薬後、直ぐに気が付き医師に確認すると、入院先の処方通りに変更したと話され間違いに気が付きました。直ぐに患者様に連絡して薬剤を交換しました。	久しぶりに来られた場合も念入りに薬剤の変更をチェックして以前の思い込みで調剤しないこと。	調剤過誤対策防止の機械システムがほしいところですが、費用もかかることなので、注意するしかありません。薬歴の表紙に注意点として明記すること。	イソコロナールカプセル 20mg	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「トール」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
34	転院されてきた。お薬手帳はお持ちではなく、薬の内容は変わりなく継続中とのことだった。しかし、前病院では一硝酸イソソルビドが処方されていたが、処方箋には硝酸イソソルビドと記載されており、常用量や服用時点に不備もなかったため、そのまま調剤しお渡しした。投薬時も以前から服用している薬なので大丈夫ということで詳しい説明はしなかった。患者本人が帰宅後、包装が違うと連絡が来て、以前得た併用薬の情報などを確認し発覚した。	一般名処方で薬の名前が類似していること、患者本人が長期に渡り服用していて自分の薬は理解していると思っていること、今回処方薬は以前より他院の処方での併用薬として記録してあったが見落としていることなどが重なって起きたと考えられる。今回はヒートアップのままだが、一包化してあったら、気づかないままだった可能性もある。	今回に関しては、併用薬として事前に情報を得ていたため、処方内容の不備がないことだけにとらわれず、あらゆる情報は活用し、薬の内容だけでなく、病院や医師の変更があった際は、患者本人にも理解していただきしっかり確認をお願いすることが重要である。	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「サワイ」			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
35	2年ほど前から正しいのは徐放性製剤だったが一般名が普通錠で処方されていて、その度に何度も疑義照会していたが処方箋の記載を直してもらえないため、以後照会不要として徐放製剤で調剤していたが、曜日が違う日に経緯を知らない薬剤師が処方の変更だと思い普通錠を1日2回の分2で調剤し一包化した。翌日の鑑査時に間違いに気が付いた為 再度病院に疑義照会し徐放性製剤が正しい事と今後間違いの無いように処方箋を正しく書き換えて発行してもらうようお願いした。	処方箋の一般名が似通っている為病院側が間違って処方箋に記載したこと 疑義照会後もずっと修正されなかった事 経緯を知らない薬剤師が処方変更だと思った事。	薬歴に申し送りは記載されていたが見落としがあった。病院側に改善を申し出たが、薬局側としても誰が調剤してもわかるようにしておくことが大切と考える。	イソコロナールRカプセル20mg	一硝酸イソソルビド20mg 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
36	一般名処方にて「硝酸イソソルビド」「一硝酸イソソルビド」のピッキング間違い	一般名処方にて「硝酸イソソルビド」「一硝酸イソソルビド」と「徐放錠」「錠剤」の違いがあるにも関わらず、どちらも「20mg」「サワイ」であり、確認を十分にせずピッキングを行ってしまった	一般名処方にて「硝酸イソソルビド」「一硝酸イソソルビド」と「徐放錠」「錠剤」の違いがあるにも関わらず、どちらも「20mg」「サワイ」であることからメーカーを変更することも検討したが、採用薬なので「サワイ」のままにて・・・先発品の「フランドル」「アイトロール」の記載をして区別をつけ、再度認識を改めた	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	予製作成時の集薬ミス。一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」が2錠分2朝夕食後14日分で処方されていた患者。一硝酸イソソルビド錠を集薬するところ、硝酸イソソルビド錠20mg「ソルハラ」を28錠で調剤。処方箋受付後、先調剤のバーコードを照合したところ、ミスが発覚。	先調剤時は処方内容との照合ができないため、目視で確認している。	予製作成時も、リストと実際に集薬した薬剤を指差し確認する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「ソルハラ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	「今朝飲んでいないから今すぐ飲みたい」と患者の要望があり、朝食後薬1回分を先に手渡し、残りを一包化。一包化する直前に10mg錠のところを20mg錠で渡したことが発覚。すぐに患者に連絡を取ろうとしたが、つながらず。医師に連絡。しばらく薬を飲んでいなかったのも問題ないとお話あり。夕食後にも10mg錠が処方されているが、20mg錠を朝飲んでしまったのでやめたほうがいいのか医師に相談。 飲んでも飲まなくてもどちらでもよいと返答あり。患者に残りの薬を渡すときに体調の変化はなかったことを確認。しばらく薬を飲んでいなかったし心臓の薬なので夕方も飲みたいと患者の要望があり、夕食後に10mg錠を飲んでいただくことになった。その後も来局されるが、「体調がいい」とお話があり、過量投与にはならなかったことを確認。	ピッキングをした薬剤師は1年前から週2日パート勤務。薬剤師経験は長いが内科の処方経験が薄い。加えて一般名処方に慣れておらず、規格違いがあることも把握できていなかった。	規格違いの製品があることがわかるように開封した箱に大きく丸を付けた。10と20で箱の色が全く違うので、注意するように薬局内に周知した。	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
39	硝酸イソソルビド徐放錠20mgをお渡しすべきところ、一硝酸イソソルビド錠20mgを交付してしまった。後日在庫管理の際にミスに気づいた。	今回、イソソルビド貼付剤から錠剤に変更になり、初めて処方されるお薬であった。	交付前の確認の徹底、監査を確実に行う	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
40	平素よりアイトロール錠剤20処方されている方。今回からジェネリックへ切り替え希望だったので切り替え。その際に一般名からの判断ミスにより、類似名称の硝酸イソソルビドを選択してしまった。正しくは一硝酸イソソルビド錠20でお渡しする必要があった。幸いに監査の時点で気づきました。	類似医薬品、ジェネリックの一般名名称化が進み取り間違えてしまった。	類似医薬品があることを念頭に置いて調剤、薬の選択をするように指導	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
41	処方箋にフランドル錠20mgで記載されていて、後発医薬品に変更する際「硝酸イソソルビド徐放錠20mg(サワイ)」ではなく「一硝酸イソソルビド錠20mg(サワイ)」をピックアップして、そのまま一包化してしまった。幸い監査時に気づいたため患者様に交付されることはなかった	該当患者は施設の患者で、当薬局においては前回の処方せんのコピーに調剤指示が記入されているため、それをもとに一包化を作成している。今回、フランドル錠を後発に変える際、しっかりと硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」と指示が記入されていなかった為、間違っ一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤したと思われる。	調剤指示の記入について、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の記入だけでなく、一硝酸イソソルビド20mg「サワイ」と取り間違えない為の注意指示を記入した。	フランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
42	新規処方で【硝酸イソソルビド20 m g】とあり、間違っ一硝酸イソソルビド20m g を集薬。	「一」の一文字を見落とし、間違っ「一硝酸イソソルビド」を集薬。薬情と写真が違い、入力間違いかと思い気付いた。	一般名処方が増えているので、入力や、確認など複数人で確認をする。薬情、手帳なども用いて渡し間違いないように気を付ける。似ている薬剤名は並べて置かない。	イソコロナールR カプセル2 0 m g	一硝酸イソソルビド錠1 0 m g 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
43	硝酸イソソルビド徐放錠の処方であったが一硝酸イソソルビド錠を投薬した。患者さんもヒートも良き似ていたため気付かなかった。特に狭心症の発作も無く健康被害は無く済んだのは幸いな事だった。	一般名処方であり一硝酸イソソルビド錠は以前から使用していたが、硝酸イソソルビド徐放錠は2 ヶ月前にこの患者さんの為に入荷した物である。職員に対して入荷の報告情報提供が疎かだったかもしれない。一般名が似すぎているので注意が必要だ。	今のところ硝酸イソソルビド徐放錠はこの間違えた患者さんだけなので、一硝酸イソソルビド錠の方の箱にその人の名前を書き込んで注意喚起した。	硝酸イソソルビド徐放錠2 0 m g 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠2 0 m g 「トーフ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	一般名一硝酸イソソルビド錠20m g を処方しなければならないところを硝酸イソソルビド徐放カプセル20m g が処方されていた。	当薬局にて日頃調剤していた患者さんが、病院を変更したためにDr が入力ミスをした。日頃の薬と違うので念のために確認し入力ミスであることが分かった。	念のための確認をすることが必要	硝酸イソソルビド徐放カプセル2 0 m g 「S t」	一硝酸イソソルビド錠2 0 m g 「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
45	発覚はP C在庫管理画面からマイナス在庫のチェック時。マイナスであがる一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」があった。この薬は当薬局に在庫が無く、管理画面よりA薬剤師が検索発注かけた時点で、知識不足・読み間違いが発生していた。投薬は全部調剤済の状態です。B薬剤師が行い、薬の変更にふれるが、お渡しする(誤り)硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の監査はできていなかった。マイナスチェックは投薬の2ヶ月後(処方3ヶ月分)におこなっている。ただちに本人にお詫びと健康確認し、処方医に連絡。正しい薬を発注して、自宅訪問陳謝、回収交換する。医師にも陳謝。	1. 新規在庫発注時の読み間違い・知識不足・検索ミス2. 納品後の監査の記録がない3. 投薬時の監査ミス	1. 知識不足はまぎれもないしっかり覚える・新規発注時は薬局在庫にとらわれず、二人で組んで、名称・屋号まで読み切る2. P Cトップにジェネリック検索エンジン配置3. 発注メモには発注した品名をフルネームで記載する・後ろから読み上げることも大事4. 投薬は患者と処方箋を確認する大原則を忘れない	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
46	【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方であったが、誤って一硝酸イソソルビド錠20mgを用いて調剤していた。一包化調剤であったが、日数変更で作成しなおしている際に発見したため、患者には渡らず被害はなかった。	一般名称がよく似ており、mg数も同じであるため混同しやすい。当該薬局においては、一硝酸イソソルビド錠の方が使用頻度が高いため、思い込みでそちらを使ってしまったことも考えられる。	薬剤師間での情報共有と、間違いやすい事例として注意喚起を行った。	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
47	患者さん来局。ルセフィ錠2.5mgの処方あり。調剤薬剤師ルセフィ錠をルパフィン錠で調剤。監査薬剤師に指摘され調剤間違いに気がつく。再度処方箋で調剤しなおし。患者さんに交付する前に気づいたので患者さんにはルセフィ錠で交付。	忙しい時間帯で急いで調剤した。確認を怠った。	特に忙しい時間帯は、調剤後に再度しっかり処方箋と薬品を必ず合わせて監査に回す。	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg		ルパフィンとルセフィ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。
48	アレロック5mg処方の所、シルニジピン錠5mgを調剤した。	ジェネリック医薬品希望の患者様で、アレロック5mg処方のところ、アテレックと思い込み、アテレックのジェネリック医薬品であるシルニジピン5mgを調剤してしまった。	調剤の時点で、薬品名称を正確に把握する。監査時のダブルチェックを徹底する。	アレロック錠5	シルニジピン錠5mg 「サワイ」		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
49	手書きの処方箋をご持参される。ずっと継続でアレロックを服用されていたが、処方箋の記載がアロテックになっていた。ご本人に体調変らないことを確認してから医師に電話にて疑義照会して正しい薬剤を交付する	名前の類似医薬品の中ではかなり有名で過去にも同ような間違えがあった。	有名な名称の類似した薬品は一覧表を作りスタッフ全員が認知して間違えの内容に行動する。また患者様からいろいろな情報をお話することが重要である	アレロック錠5 アロテック錠			アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
50	タケキタブ錠が処方されていたが、誤ってタケルダ配合錠を交付してしまった。	患者様が連続して来局し、少し混雑し始めていた。前の方の投薬に時間がかかり、当該患者様を少しお待たせしてしまったため、急いで出そうと調剤されたものが正しいとの思い込みもあり、勘佐不十分のまま投薬してしまった。	「思い込み」は避けるように注意する。	タケキャブ錠 10 mg	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	テオドール錠 100 mg (変更不可指示あり) の処方のところ、テグレート錠 100 mg を調剤・投薬した。テグレート錠 100 mg の在庫のズレを当薬局事務員が発見し、テオドール錠 100 mg とテグレート錠 100 mg の調剤間違いが判明した。本人は包装変更と認識し、処方通りに服用していたため、発見まで約 3 週間服用を継続していた。痰が絡む症状がみられはじめ、臨時受診を繰り返していた。処方医に連絡し、判断を仰いだが、直接の関連は否定できないが、要因ともいえないとのことだった。本人に連絡し、手持ち薬を回収、交換を行った。	ゴールデンウィーク中であり、施設入所者への調剤と外来の調剤を同時進行で進める必要もあったため、業務は繁忙していた。そのため、薬剤名が類似しており、見間違いに気づかず、監査を行っていた。また、後発医薬品への変更不可指示があったため、薬剤名での処方であった。類似名称による、名称の部分的な違いに気づかなかった。注意不足であったと言わざるを得ない。	医薬品の包装箱への「類似名称あり」との注意喚起プレートを貼付。医薬品の名称だけではなく、包装の違い（色や大きさ）など各薬剤の特徴についても鑑査ポイントにする。調剤支援システム導入を行えば、取り違いについては気づくことができると考える。	テオドール錠 100 mg	テグレート錠 100 mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
52	テオドールなど多剤処方の調剤中。テオドールのところにテグレトールが充填してあった為気付かず調剤。すべて調剤し終わった後に再度確認しテグレトールをピックアップしていることに気付く。	テオドールとテグレトールは以前にも調剤誤りがあったことがあり、普段から間違えやすい薬剤として注意していた。	充填する時点で気を付ける。	テオドール錠100mg	テグレトール錠100mg		テオドールとテグレトールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
53	テグレトールとテオドール、初めてのテだけでテオドールと勘違いしてしまい、そのまま一包化してしまった。施設入居の患者様で、いつも調剤していたにもかかわらず、間違ってしまった。	コロナの影響で、通常の患者も少なく、時間的にも余裕があったのに、まちがってしまった。注意力散漫になっていた。	どんな、状況でも常に緊張感をもって対応する。一包化する前の再度確認を徹底する	テグレトール錠200mg	テオドール錠200mg		テオドールとテグレトールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
54	クリニックよりテオドール錠100mgが処方されていたが、テグレトール錠100mgでピックアップを行った。後ほど取りに来る方だったので再確認したときに発覚し、正しく調剤し直した。	すこしピックアップがたまっており、途中でピックアップを中断して再開した時に混乱してしまった。	患者一人一人に対して集中して調剤を行い、途中で他の患者のピックアップにうつるときはどこまでやったのかをしっかりと記憶し、再開するときはしっかりと確認をするように気をつける。	テオドール錠100mg	テグレトール錠100mg		テオドールとテグレトールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
55	粉碎指示でテオドールの処方があり、事務員が薬を準備し、薬剤師が調剤し、別の薬剤師が監査する流れで調剤した。監査していた薬剤師が、確認の為錠剤を取り出した後のPTPを確認したところ、テグレートールのシートが残っていた。ピックした事務員と粉碎調剤した薬剤師が気づかず調剤してしまっていた。	似た名前で思い込みもあり確認を怠って調剤した為。	今一度の処方箋と、現物との照らし合わせを徹底する。PTPを残すことで、監査の薬剤師が間違いに気づけた為、この方法を継続する。	テオドール錠100mg	テグレートール錠100mg		テオドールとテグレートールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
56	類似薬品の取り違い	処方箋を正しく読まずに調剤を行った	処方箋を正しく読んでから調剤を行う。類似薬があることを理解する	ペボ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「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販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	一般名処方（ペボタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mg：採用品はペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」）の処方においてベタヒスチンメシル酸塩6mg「武田テバ」を調剤	調剤棚において、並びになっていたため	名称が似ている薬で調剤棚の並びの見直し、注意喚起の紙を貼る。	ペボ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「テバ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
58	いつもはアレルギーで（般）ペボ タスチン錠10mgを当薬局で調剤 し、継続して服用していた。次回 来局時、耳がおかしく少しふわふ わするとの事で、いつもの（般） ペボタスチン錠10mgに追加で、 アデホスコーク顆粒10%、メチコ パール錠500μが処方された。調 剤時、めまいというキーワードを 頭の中で変換してしまい、（般） ペボタスチン錠10mgをペボタス チン錠10mg「タナベ」で取ると ころベタヒスチン錠6mg「日医 工」で取ってしまった。次の日、 患者さんから間違えていると電話 あり取り替えた。	ペボタスチン錠10mg「タナベ」 とベタヒスチン錠6mg「日医工」 の名前の類似、また患者の症状に 合致	薬品棚がはいいうえお順で並べて あり、2種類の薬剤は近かった。 その為1つは引き出しに入れるよ うにし、取り間違いを防ぐように した。また、この薬剤の時は必 ず、規格まで見るよう気をつける ようにした（10mg or 6mg）	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。
59	ペボタスチン（10）とペボタス チンOD錠（10）がカートの上 下に陳列しており、本来OD錠を 取るところを間違えて普通錠で調 剤。服薬支援器具により発覚 今 までも何度か同じミスをしそうに なったと当事者から話あり	同じ名前の剤型違いが上下に置い てあることによってどちらを取る べきかわかりづらい環境にある	片方をカートに残したまま片方を 引き出しに棚番変更するなどの対 処が必要と考える	ペボタスチンベシル酸 塩OD錠10mg「タ ナベ」	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 塩の販売名類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	一般名処方で (般) ペボタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10m gと処方されていたが、集薬した薬剤師が ベタヒスチンメシル酸塩錠「テバ」を集約した。監査した薬剤師が誤りに気づき、患者には処方されていた ペボタスチンベシル酸塩OD錠10m g「タナベ」で投薬できた。	一般名が長いから、処方箋に記載されている薬名をきちんと読まずに、経験的な勘から調剤してしまった。	2剤の薬カセットによく薬名前を確認！！ と貼り、注意喚起を促した	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10m g「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6m g「テバ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩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	処方は、アセトアミノフェン錠200m g、ベタヒスチン錠6m g、ロコイドクリーム3剤。患者は鼻の右側に痛みがあること、左耳に詰まり感があることを訴えている。レントゲンで副鼻腔炎ではないことを確認した、耳は塗り薬で様子を見ると言われた、聴力検査はしていない、めまいはない、と患者から順次情報収集した。	受診状況と処方内容が一致せず疑義照会したところ、医師はペボタスチン錠10m gを処方したかったが、誤ってカルテにベタヒスチンと記載してしまい、そのまま処方箋が発行されたことが判明した。医師はどちらも頻繁に処方しているため単純なミスであったことがうかがえるが、症状のない薬が出ていることを不思議に思わなければ、患者は処方通りに薬を受け取ることになってしまっただろう。	患者の話をよく聞き、処方内容にも疑問をもつことが必要だと感じた。			ベタヒスチンメシル酸塩錠6m g「テバ」	ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	ベタヒスチンとペボタスチン、名称が似ていたための判断ミス。体調不良で朝、薬を服用し、副作用で眠気とだるさに耐えながらの勤務状況だった。	体調不良時の自己管理の難しさがあるが、コロナ禍の中、人員削減で無理をしなければならない現実がある。薬の副作用に負けてしまった自己嫌悪です。	体調不良であっても注意力、緊張感を持つため、職員間で気をつけ合う	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
63	クリニックよりアジルバ錠20mgとノルバデックス錠10mgが処方された男性の患者様が来局。薬歴を確認すると、定期的にアジルバ錠20mgとノルバスク5mgが処方されていた。患者様に確認すると診察時に乳がんの話は聞いておらず、血圧の薬の量が増える事しか聞いていなかった。処方医へ疑義照会をした結果、ノルバデックス10mgがノルバスク10mgに変更となった。	患者様はノルバデックス錠10mgが乳がんの薬であることを把握していなかった。名前が似ていることから、処方されたクリニックでの入力間違えたまま処方されたものと考えられる。	今回の場合、調剤を行う前に薬歴を確認したことで未然に防ぐことが出来た。今後このような事を見落とさないように、スタッフ全員に今回の内容について共有した。また処方内容に疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。	ノルバデックス錠10mg			ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
64	新患さんの受付でご来局は娘さん。今回引っ越しされ家の近くのクリニックに初めてかかり、今までの薬を処方してもらったとのこと。今まで飲んでいた薬でアムロジピン錠2.5m g の処方がなく疑義照会。ノルバスクOD錠2.5m g が追加。ここで処方箋には【般】タモキシフェン錠20m g が処方されていることに気づく。既往歴を確認しても乳がんの既往はなし、代理の娘さんにも確認し、その既往がないことを確認。ノルバデックスとノルバスクの処方ミスを予想して再度疑義照会。【般】タモキシフェン錠は処方削除となった。	処方箋には一般名でタモキシフェン錠と記載されていた。アムロジピンの処方もれかと思ひ疑義照会して追加になった薬がノルバスク錠だったため、間違いを疑ひ再度確認した。クリニックに再度問い合わせたところノルバデックスはノルバスクに変更になっているとの回答であったが、最初の疑義照会ではノルバスクの追加の指示しなくタモキシフェン錠からの変更指示はなかった。おかしいと思ひ再度問い合わせをかけなかったらタモキシフェンはそのまま調剤してお渡しするところだった。	新患さんですし、代理の方でもあったのでお薬手帳だけが唯一の客観的データだった。ノルバスクとノルバデックスのようによく似た薬のミスは本当に起こるものだという。さらに一般名などで分かりにくくなっているということも意識しておくことが重要だと感じた。	ノルバデックス錠 20 m g	ノルバスク O D 錠 2.5 m g		ノルバスクとノルバデックス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	テルネリンが初めて処方された患者さんへ服薬指導時、筋弛緩剤の処方に関しては聞いておらず、身に覚えもないこと。糖尿の検査値が悪化しているため等の薬が追加されるとの話あったため電話にて医院へ確認。	テルネリアとテルネリンの処方入力間違えであった。普段と異なる薬の処方があった場合は必ず確認と服薬指導が必須。	調剤した薬の監査も処方箋の内容確認も同様に注意して監査する必要がある。しっかり患者さんとコミュニケーションをとることも必須である。	テルネリア錠 20 m g	テルネリン錠 1 m g		テル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。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
66	ザイティガの処方であったが、同一処方箋において、他の箇所の照会事項がありそちらに気を取られていた。調剤カゴ	泌尿器科の処方せん応需において、普段よく調剤するザルティアの方を調剤してしまった。背景には、同一処方せん内に照会事項があり、そちらに気を取られてしまったよう。	入力時にザイティガの「ガ」の部分に○をつけて注意喚起。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠5mg		ザイティガとザルティアの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
67	【正】バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」 2T 【誤】バレリン錠200mg 2T	処方箋入力時。	事前情報の有無に関わらず、監査ではまず入力が合っているか処方箋と照らし合わせを行うことを徹底する。処方薬品数が多くても1つ1つ薬品名、剤形、規格の確認を行い入力ミスを見つけることを徹底する。他の業務中でも、集中して焦らず落ち着いて、入力後再度薬品名を改めて確認する。	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」	バレリン錠200mg		バレリンの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
68	ピアーレシロップ全量540ml処方に於いて、未開封瓶1本に40ml添付するところ、140ml添付して調剤し、数量チェックするものもそのままにしてしまい、投薬者にわたった。	ピアーレシロップの瓶に400mlの表示までしかなく、1本が400MLと勘違いしてしまった	ピアーレシロップをピアーレシロップ（500ML）の表示に変更	ピアーレシロップ65%			ピアーレの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
69	胃の調子が悪いという患者さんに対しエクセグラン錠が処方されていたが、薬剤師は最初不審に思ったがそのまま交付をした。しかしながら後で不審に思い、処方医に確認したところエクセラーゼ錠の間違いであることが判明した。その後すぐに患者に対して連絡を取り、服用前だったため本来のお薬に交換した。	エクセグランとエクセラーゼの名称が似ている点患者に対して症状を聞いたが、精神的なものの可能性もあるとのことだったためそのまま出してしまった。お昼の時間帯であったため対応の人数が少なく、局内で相談ができなかった。	疑問点があったらそのままにせず、相談をしっかりとする。患者に対してももう少し聞き取りを行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
70	2mgセルシンが処方されていたが、セニランの2mgと勘違いし、名称変更があった為、プロマゼパムに変更。患者様には名称変更があったと説明。土曜日だったので月曜日に発覚し、患者様に連絡。2錠服用してしまい、作用時間が短いことは自覚していた。電話にて謝罪し、2mgセルシンを郵送。	単純な類似名称の見誤り。セニランは名称変更のあったものの、入力を変更しなくてはならないと焦ってしまった。	1人薬剤師の時でも事務の数や入力を見てもらう。類似名称の医薬品があるものは、わかっている一度商品名と一般名を照らし合わせる。	2mgセルシン錠	プロマゼパム錠2mg「サンド」		セニランの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
71	粉碎調剤の患者に新規薬剤でセロクエル細粒が処方となっていた。当薬局でセロクエル細粒50%の採用があるため薬剤師が疑義行い薬剤変更となったため入力の直しを事務に依頼した。その後散剤調剤時に分包機を確認したところセロクエル細粒のデータが見当たらず代わりにセロクラール細粒のデータがあったため発覚した。	事例発生時は特に繁忙時間帯ではなかった。入力を担当した事務は勤務歴が長く疑義照会による薬剤の入力変更も何度もおこなっているため入力後きちんと薬剤名を確認していなかった。	入力時の予測変換は類似薬が多数でしまうため選択する際はきちんと確認してから選択を行うようにする。	セロクエル細粒50%	セロクラール細粒4%		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
72	アロプリノール錠100mg「サワイ」が処方されていたが、同じ引き出しの近くにあったアロチノロール錠5mg「DSP」を調剤しそのまま交付してしまった。後日患者様が2回分服用していたのちに気づき、かかりつけの処方医に相談された。その後患者様が来局し誤って交付していたことを指摘された。	アロプリノール錠とアロチノロール錠がア行の引き出しに置いてあり、外来の忙しさもあり（土曜日の午前中）焦って取り違えてしまった。	今回の事例により、アロプリノール錠を棚にあげ配置を離すように徹底した。また、調剤監査の際に確認をしっかりとし交付の際にも患者様と一緒に確認してもらうようにした。	アロプリノール錠 100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠 5mg「DSP」		アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
73	アロチノロール錠5mg 処方のところ、アロプリノール錠100mgと取り間違えた。分包の処方だったため、ヒート薬を他の従業員にバラシてもらい、手まきする際に薬が違うことに気づき、正しい薬を出しなおして調剤した。	処方中の薬の種類が多く、医薬品名を見間違えた。薬品棚の隣同士であり、それを取り間違えた可能性もあり。患者が立て込んでいて、早く作らなくてはと焦りがあった。	薬の名前を声に出して確認する。名前の間違いやすい医薬品なので、棚をずらした。	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販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
74	処方箋に【般】ロフラゼパ酸エチル錠1mg 1錠 頓服（動機時）の処方あり。同患者は前回メイラックス錠1mg 0.25錠が分1就寝前で処方されていた。増量に疑問を抱いた交付者が交付時に患者様へ確認したところ、医師記載の書面を提示され、そこに「ロラゼパム」と記載があったため疑義照会を実施。結果、【般】ロフラゼパ酸エチル錠1mg 1錠 頓服（動機時）から【般】ロラゼパム錠0.5mg 1錠 頓服（動機時）に変更になった。	一般名処方であったため、入力時にロラゼパムを選択しようとし、名称の似ているロフラゼパを選択してしまった。	患者様への情報の聞き取りを確実にし、少しでも処方内容と相違点があれば必ず疑義紹介を実施する。また、患者様が医師が交付した処方薬に関する書面等を持参している場合は、なるべく内容を確認させていただき、処方内容と相違がないかを確認する。	メイラックス錠 1 m g	ロラゼパム錠 0. 5 m g 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
75	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入、3キットとスピオルトレスピマット60吸入、2キットが処方箋に記載されていた。患者の家族に聞き取りを行ったところ、以前使用していたホクナリンテープ2mgは中止して、この2種類の吸入薬を同時に吸入するように医師から話があったとのこと。投与後、同成分が含有されているので、通常の2倍吸入することになるので、医師に疑義照会した。その結果、スピリーバの方は削除になった。	投薬の時、患者の家族の話をそのまま受け取り、疑問を抱かずそのまま渡してしまった。その後、患者の家族の話は、間違っていて聞いていた事に気づいて医師に疑義照会した。繁忙時期だったこともあり、焦りがあったことが原因。	繁忙時期であっても、患者の話を良く聞いて、自分の正しい判断で医師に疑義照会し、迅速に対応することが大切。	スピリーバ2. 5 μ g レスピマット 6 0 吸入			スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
76	シムピコート使用の患者にスピオルト処方。β刺激薬が重複するためスピオルト→スピリーパへ変更	配合剤の認識漏れ	配合薬増えているため成分をしっかり把握する	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーパ2, 5 μg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パ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。
77	他院からの転院し、初の処方での来局であった。ニチロールR(20)2C P 分2が処方された。お薬手帳の記載のあった一硝酸イソソルビド錠(20)からの変更か、医師の硝酸イソソルビド徐放錠(20)との誤りが問い合わせし、処方はアイトロール錠(20)に変更となった。	前の病院は一般名処方、転院先は先発名処方。紹介状を元に医師が処方入力をする際のミスであった。一般名は似ている物が多いこと、一般名に不慣れだと起こりうるミスと思われる。	一般名で処方された時は、名称・規格、剤形については徐放錠かそうでないかも含め、入力・調剤・鑑査・投薬すべてのステップにおいてチェックすることを徹底した。	ニトロールRカプセル20mg	アイトロール錠20mg		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
78	普段から病院A内科に通院し定期処方あり当薬局で投薬し、病院B循環器内科処方については確認できていた。病院B循環器内科から処方されていた一硝酸イソソルビド錠20mgを病院Aで処方することになり、病院Aから硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されてしまった。併用薬を確認できていたため、疑義照会し、処方変更となった。	硝酸イソソルビド製剤については、薬剤師以外だとあまり違いがわかっておらず、きちんとした確認が必要	薬剤師以外の職員には十分周知し、ピッキング時にも注意するよう徹底している。	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「トーワ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
79	当該医院にて専門医を紹介され、その後、逆紹介にて帰ってこられた。本人が持っておられた専門医から処方されていた薬剤は「一硝酸イソソルビド」であったが当該医院からの処方「硝酸イソソルビド20mg徐放錠」であり確認のため疑義照会。薬剤が変更になった。	当該医院Dr.の知識不足。	新規で処方薬が追加になった場合は、お薬手帳の確認、患者さんの情報確認をしっかりと行い、疑いがあれば疑義照会する。	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
80	普段は他医院より一硝酸イソソルビド20mg処方されていたが、新型コロナウイルスの関係で受診できず、かかりつけ医へと受診になった。かかりつけ医からの処方は硝酸イソソルビド徐放錠20mgだったため、電話にて疑義照会を行った結果、一硝酸イソソルビド錠20mgへと変更になった。	一般名の類似による入力間違いであると思われる。	代表的な名称類似による事例を薬局内で周知徹底する。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「ツルハラ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「トーワ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
81	転院によって前病院と同じ処方が投与されたと思われるが 一般名が類似しているため記載ミス	一般名販売名が類似する医薬品は注意が必要	日頃チェックシート作る	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」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
82	転院にて当該病院からは初めての処方。前医処方薬を継続との指示あり。お薬手帳より一硝酸イソソルビド内服していたがその処方がなく、イソソルビド内用液が処方されていた。医師に確認したところ、一硝酸イソソルビドを処方しようとしたところを誤ってイソソルビド内用液を処方していたことが発覚。処方修正となった。	薬剤名が類似していたために処方を間違えてしまったと思われる。処方内容から、イソソルビド内用液の処方だけ、推察される病態からは不自然だったため、お薬手帳を確認し、処方間違いの可能性もあると考えられたために疑義照会を行った。	今回お薬手帳を持参されていたことも判断の手助けになったが、処方内容に少しでも疑問があればきちんと疑義照会をすることが大切だと思われる。	イソソルビド内用液 70%分包装 40mL「CEO」	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
83	定期的に一硝酸イソソルビドを服用されている患者様に、硝酸イソソルビドの処方で処方箋がきた。入力時に気が付きDRへ疑義照会したところ一硝酸イソソルビドの間違いでいつもと同じ薬であったとのこと。	一般名が非常によく似ている薬剤であり病院の方で入力ミスがあったと思われる。	一般名などよく似ている薬剤を薬局全員で共有するようにしている。一般名処方が増え、このような処方箋は今後も増えてくると思われるのでその点も注意して今後調剤をしていきたい。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
84	以前からアイトロール錠 20mg を処方するため、一般名の【般】一硝酸イソソルビド錠 20mg で入力していた。今回、【般】硝酸イソソルビド徐放錠 20mg で処方されており、一般名入力も可能な電子カルテからの入力間違いになる。	3文字入力等病院側も、間違えないように対応しているようだが、一般名での入力になってくると、塩酸○○や硝酸▲▲など先頭の数文字だけでは選択肢が多く、間違える要因になってくる。	以前からの薬歴との照合やピッキングについてもしっかり処方せんを読むことで間違えのない薬剤を提供できるよう注意していく。	フランドル錠 20mg	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
85	他院より近医へと紹介となった患者である。処方中に硝酸イソソルビド徐放錠20mg 2カプセルとの記載があった。徐放錠と徐放カプセルでは薬物動態が異なる医薬品であるため、近医へと確認を行ったところ、医師より前医がニトロールRカプセルを使用していたため一般名に変更したとの説明があった。そのため、薬物動態の違いについて説明したところ、ニトロールRカプセルへと処方変更となった。	ジェネリック医薬品が存在する薬剤で、且つ複数剤形が発売されている薬剤の場合、錠剤とカプセルで薬物動態が異なることは少ない。そのため、医師はニトロールRが徐放剤であるためその一般名として硝酸イソソルビド徐放錠と記載したのだと思われる。	徐放剤の剤形変更時は添付文書などにより薬物動態の確認を行ってから調剤を行うこととしている。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	ニトロールRカプセル20mg		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
86	FAX処方箋を応需した。患者自体は薬局に登録があったが、処方内容はほぼ新規の状態で、他薬局から移ってきたようだった。患者は施設入居のため本人は来局予定なし。処方の中に一般名で「硝酸イソソルビド錠20mg」と記載があり、事務員による入力はいトロールであった。一包化のため調整を始めた薬剤師が再度チェックした時に、「一硝酸」でもなく「徐放錠」でもないため、薬の判断ができないことに気付いた。疑義照会したところ、原本には「一」が先頭についているというが、FAXせんに他の部位のかすれはなく、FAX印字で消えたかどうかは不明で、原本はまだ届かないため印字の確認はできてない。	1) FAXの送受信どちらかの機器的な問題2) 発行元の医薬品マスタに設定されている名称の誤りの可能性。画面表示と院外処方せん出力の名称に齟齬がある可能性がある	処方箋原本が届きしだい確認し、一の記載がないようなら発行元へ連絡	アイトロール錠20mg			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
87	5/1に硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていたが、前回処方時まで一硝酸イソソルビド錠10mgが処方されていたこと、前回処方日から5/1の間に同病院に入院をしていたが、その際にも一硝酸イソソルビド錠10mgが処方されていることをお薬手帳より確認したため、疑義照会しました。	入院時の処方内容をカルテから処方箋に書き写す際の確認ミスと思われる。	入院後の退院時処方や他院からの転院時は記載ミスが良く見られるので、お薬手帳、もしくはご本人に聞いてよく確認をする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
88	平素より当薬局をご利用いただいている患者様で平素より処方元の医院を受診されている。医院がレセプトコンピューターを入れ替えたのか、処方箋の様式が変更になっていた。そのせいもあるのか、いつもは一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が処方されているのだが一般名「硝酸イソソルビド徐放錠」が処方されていた。疑義照会したところ、処方変更の記載はないとのことで以前より服用している一般名「一硝酸イソソルビド錠20mg」、商品名・一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤して交付した。	処方せんの様式がかわっていたので、レセコンを入れ替えたと思われる。その時の入力間違いと推測される。	類似した一般名も数多くあるので、薬歴や手帳を活用して、以前と異なる場合は積極的に疑義照会をしていくようにしている。	フランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	患者持参の一包化薬を参考に病院にて、一般名：硝酸イソソルビド錠20mg が処方されていたが、薬局にて一包化薬の中身を再確認したところ違う成分の薬である一般名：一硝酸イソソルビド錠20mg であった。医師にその旨を疑義照会したところ、硝酸イソソルビド錠20mg から一硝酸イソソルビド錠20mg に変更となった。	刻印での確認間違いか、2つの薬が似ている一般名だったため医師又は病院事務による勘違い及び入力間違いの可能性あり。	患者様から得られるデータをしっかり確認することで防ぐことが出来る。今回の場合は、持参された一包化薬を刻印によりしっかり内容を確認、処方箋内容と照らし合わせることでミスを防ぐことが出来た。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg 「トーワ」		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	日頃から風邪、下痢等の急性疾患で利用する患者様が来局した。処方内容はルセフィ錠2, 5mg 1日1回1錠夕食後であった。お手張を確認した所はじめての処方であったことと正しい用法ではなかったため疑義照会の前にまず患者様に確認した。患者様のお話によれば花粉のため鼻水で辛いいため薬を処方してもらった背景がわかった。また血圧と血糖値は問題ないとの話だった。処方内容と患者様の話が矛盾しているためルセフィ錠は不適切であると判断した。薬剤名の類似しているルパフィン錠ではないかと判断して病院に疑義照会を行った。ルパフィン錠10mg 1日1回1錠 夕食後に変更となった。	病院側が処方箋を発行する際ルパフィン錠を入力すべき所、ルセフィ錠と入力したようだ。	お薬手張の確認や患者様への聞き取りは必須。また処方内容に不備を感じたら些細な内容でも必ず疑義照会を行う。薬剤に関しては正しい情報を把握する必要があるため日々情報収集に努める。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠2, 5mg		ルパフィンとルセフィの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
91	一般名処方でシルニジピンが記載された処方箋を持った患者さんが来局した。ほかにも血圧の薬を処方されているので増強かと思いきや患者は花粉症でつらいと話す。アレロックを処方するはずがアテレックになってしまったようだ。	Dr.はアレロックを処方したつもりだったようだがアテレックになってしまった。クリニックでは製品名を入力後一般名に変更するらしく、一般名に変更後は見ていなかったようだ。規格が5mgと同一なことも見落としに繋がったようだ。	当然のことであるがなぜ処方されているかをしっかり確認する	アテレック錠5	アレロック錠5		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
92	転院先の病院で、定期薬を処方されたという患者。【般】オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg 2錠分1朝食後で処方されており、定期薬のアテレック錠の処方がなかった。アレルギー症状等の訴えないこと・定期薬であるアテレック錠の処方がなくなるという説明は医師から受けていないことを薬剤師が投薬時に患者に確認。疑義照会し、【般】オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg 2錠分1朝食後からアテレック錠10mg 1錠分1朝食後へ処方変更となった。	先発品名が類似しており、医師が処方薬を誤った。	一般的な用法用量から外れた処方や定期薬の内容が変わった場合、医師からどのような説明を受けたか患者に確認し、処方内容に誤りがないか確認を行っている。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「明治」	アテレック錠10		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
93	処方箋に記載はシルニジピン錠5mgとなっていたが、その他にボラミン錠2mgとアレジオン点眼液が処方されており、患者もアレルギー症状のみを訴えていたため、処方医療機関へ疑義照会を行い、オロパタジン錠5mgへ変更となった。	5mgという規格が同じだったため、処方医の先生が誤ってしまったのではないと思われる。	今回同様に患者の聞き取りをしっかりと行い、症状と関連のない薬が処方された場合は、迷わず疑義照会を行い確認することが大切だと感じた。今後も全スタッフでこの意識を共有する。	シルニジピン錠5mg「サワイ」	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーワ」		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
94	シルニジピン10処方であるが、本人より血圧は高いと言われていないとの訴えあり、疑義照会。アレロックOD5一般名処方へ変更との指示あり。	アテレック錠とアレロック錠の入力ミスであったと推測される。	患者様からの情報により処方内容に間違いが疑われる場合には速やかに疑義照会行う	アテレック錠10	アレロックOD錠5		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
95	アテレック錠mg1錠分2で処方されており、アムロジピン錠も処方があったため、医院に確認。アテレック錠5mg2錠分2と回答あったが、その後アレロック錠5mg2錠分2の間違いであったと連絡あり。	名称類似	レセコン入力時に「アテレック(血圧)」「アレロック(アレルギー)」と表示されるようにしている。	アテレック錠5	アレロック錠5		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
96	当該患者は元々タケルダ配合錠を服用していたが、体調不良のため中止し、タケキャブ錠20mgを服用していた。今回タケキャブ10mgに変更となったため、胃薬が変わっていることと、血液サラサラの薬は中止のままですね?と患者家族に確認したところ、今回は軽い脳梗塞が見つかったので血液サラサラの薬があるはずで、自分も出ていない気がしたので病院で聞いたらタケキャブがその薬だと言われたとお話があり、病院へ疑義照会を行った。タケキャブ10mgは削除となり、タケルダ配合錠の処方へ変更となった。	医薬品の名称が似ているため病院で入力時に誤りが発生し、患者家族から確認があったものの処方内容の確認が不十分で当該医薬品の処方間違えに気が付かなかったと考えられる。	薬歴やお薬手帳を基に患者に適切な聞き取りを行う。	タケキャブ錠10mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
97	患者さんの家族にお薬を交付する際、かゆみでのお薬の追加だとお話しがあったが処方せんにはベタヒスチンメシル6mgと書かれていた。もしかしてと思い、疑義照会するとペボタスチンの間違いだった。	お薬の名称の類似が原因を思われる	薬局で薬が追加になったときは、どのようなことで追加になったか必ず確認するようにした。	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。
98	皮膚科の処方で眩量の薬品が処方されてる。患者に確認したら眩量の症状はない。	一般名がべから始まるので入力ミス	処方監査	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「J D」	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。
99	テルネリンが処方。目の不調の訴えあり。患者談で緑内障治療をしてもらっている眼科医から内科を受診するよういわれた。内科では血糖高めと言われたが処方されたのは筋肉の薬テルネリンだった	病院スタッフに確認したところ、完全に注意力不足で誤りを見落としてしまったとのこと	患者談で少しでもおかしいところがあれば、処方もとに確認するよう薬局すたっふへ伝達	テルネリン錠1mg	テネリア錠20mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	泌尿器科よりザイティガ錠250mg1日1錠夕食後28日分のみが初処方された。添付文書で用法用量を確認したところ、プレドニゾロンと併用において1日1回1000mgを空腹時投与となっていたため疑義照会を行った。その結果、薬剤変更となりザルティア錠5mgに変更となった。	ザイティガとザルティアはともに泌尿器科領域のくすりであり、また名称の類似性もあるため、薬剤の選択ミスが生じたと推定される。	あまりなじみのない薬は常に添付文書を用いて用法用量などの適正を確認すること。また名称の類似性のある薬剤が処方されている場合は、患者からの聴き取りなど考慮した上で適正を確認すること。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠5mg		ザイティガとザルティアの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
101	てんかんの既往歴がない患者さんに、ネキシウム・ガスモチン・ムコスタ・エクセグラン処方された。見た段階でエクセラーゼの間違いではないかと直感し電話照会し誤りを確認。当薬局で20年間営業しているが、5回は照会経験あり。	病院側の処方箋入力ミス	当薬局での取り組みとしてはレセコンの薬剤名にエクセグラン（てんかん薬）エクセラーゼ（消化剤）と対策済み、当薬局でも入力ミスが発生した経緯もあり。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
102	今回初めて（般）ゾニサミド錠100mgが処方されていた。過去の薬歴やおくすり手帳より、（般）サナクターゼ50mg等消化酵素配合錠（エクセラーゼ配合錠）は服用したことあり。病院では処方オーダーは先発品で入力するため、エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠100mgの処方間違いではないかと考えた。患者様に確認すると、特に変わった症状もなく、以前もらっていた薬の手持ちが少なくなり今回処方依頼したとのこと。疑義してエクセラーゼ配合錠へ変更となった。	病院では処方オーダーは先発品で入力するため、エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠100mgをオーダーし間違えたと考えられる。	今後も、過去の薬歴やおくすり手帳をしっかりと確認しながら監査していきたい。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
103	エクセラージェ錠を不定期で処方されている患者。処方内容はエクセグラン錠100mg 3錠 分3毎食後28日分。投薬時に患者から体調伺うも、該当する症状なく、医師からもそのような薬を処方する説明もなかったとのことで、エクセラージェ錠の誤りではないかと疑義照会した結果、エクセラージェ錠の誤りであった。	処方内容のPC入力での頭3文字検索で、誤ってエクセグラン錠100mgを選択したものと推測される。	新規処方薬の場合、必ず患者に医師からの説明があったかどうかを確認。患者の状態を伺い、該当する症状ない場合は疑義照会をかける。	エクセグラン錠 1 0 0 m g	エクセラージェ錠		エクセラージェ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
104	新患者タケキャブ20mg1錠朝食後、ツムラ柴胡桂枝湯5g朝夕食前、エクセグラン錠100mg2錠朝夕食後、ドンペリドン錠10mg2錠朝夕食前で処方される。お薬手帳より、前回は、タケキャブ20mg、テプレノン、ブチルスコポラミン頓服処方されていた。胃痛や吐きが続いている為に受診。胃カメラ実施。ピロリ菌は陰性。胃痛に漢方薬処方すると言われた。てんかんがあるとは聞いていないと聞き取り。テプレノンがエクセグランに変更になっているが、患者からの情報より、薬剤が間違っているかもしれないと思い疑義照会。エクセラージェ配合錠の入力間違いとわかった。	電子カルテの処方入力が、頭3文字入力だった影響で、エクセラージェ配合錠を選択する所、エクセグラン錠を誤って選択してしまったようだ。	患者からの症状や聞き取りをし、行ってみた結果、医師の薬剤入力ミスに気付けた。エクセグランとエクセラージェが頭文字3文字入力で、間違いが起きる事を薬局内で共有し、患者からの症状聞き取りの強化を行う事にした。	エクセグラン錠 1 0 0 m g	エクセラージェ配合錠		エクセラージェ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
105	処方せんはエクセグランの記載であったが、お薬手帳より入院中エクセラーゼが処方されていることを確認。診療科としてもエクセグランが処方される可能性は低いと判断し疑義照会。エクセラーゼに変更となった。	頭3文字がともに「エクセ」であり入力ミスが生じたと考えられる。	久しぶりの来局でもあり、以前から服用していた内容と変更がないかお薬手帳で確認を行った。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
106	今までAクリニックでエクセラーゼ配合錠を定期薬として処方されており服用中、他薬局で調剤。今回からB病院へ転院となり転院後、初めて処方される処方箋を持って初来局。本人より転院後の薬の内容の変更ないことを確認。処方箋の内容がエクセラーゼ配合錠の記載がなく、エクセグラン錠100mg 1回0.5錠 1日2回朝夕食後14日分と記載あり。本人よりてんかんの既往ないこと確認。処方箋の入力間違いの可能性があり、疑義照会を行った。結果、エクセグラン錠100mgは処方中止。エクセラーゼ配合錠1回1錠1日2回朝夕食後14日分を追加処方指示となる。	病院で処方入力する際にエクセマで3文字入力し、エクセラーゼ配合錠ではなく、エクセグラン配合錠100mgを選んで入力した可能性あり。お薬手帳を見てエクセラーゼ配合錠をエクセグラン錠100mgと見間違えた可能性あり。	お薬手帳と処方内容、患者様の発言内容が矛盾ないか確認することを心掛けていく。入力間違いが起こりやすい医薬品名を前もって把握しておく。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセラーゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
107	初めての来局の患者で、抗てんかん薬である、エクセグラン錠100mg 3錠 分3毎食後のみ記載された処方箋を持参した。服薬指導時、患者から話を聞いていくと、おなかの調子が悪く、消化酵素を処方すると医師から説明を受けたとのこと。また、エクセグラン錠の初回投与量としては多めであった。疑義照会したところ、エクセラ-ゼ配合錠 3錠 分3毎食後の間違いであることが判明した。	医薬品名の最初3文字が同じであった事、また、医師が冊子で調べながら処方したと患者から話があり、不慣れな薬であったため、入力間違いをしたと思われる。	患者とコミュニケーションを良好に取り、処方内容と患者の訴えに相違がないか必ず確認する。	エクセグラン錠100mg	エクセラ-ゼ配合錠		エクセラ-ゼ配合錠とエクセグラン錠の販売名類似については、誤処方事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
108	セロクエル錠25mgが処方されていたが、情報提供書にはセロクラール錠20mg内服中の記載。名前が似ているため間違えている可能性があり疑義照会。セロクラール錠20mgに処方変更となった。	類似薬品名	引き続き処方箋以外の情報も併せて判断する。	セロクエル錠25mg錠	セロクラール錠20mg		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
109	他病院より転院してこられた患者に処方箋がでた。お薬手帳と比べた所、処方箋上はセロクラール錠 夕食後となっていたがお薬手帳ではセロクエルとなっていたため 間違いの可能性が高いため疑義照会をおこなった。	医師の知識不足 処方間違い	お薬手帳を確認し退院処方と付け合わせができ発見できた。またセロラール 2錠 分1夕食後の処方考えづらいため薬学的観点から疑義照会を行った。	セロクラール錠20mg	セロクエル錠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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
110	毎回来局される患者様で、今回受診医療機関変更して処方箋を持参された際、当薬局の記録と一部処方が変わっており、患者様に体調の変化や、医師からの説明などなかったか確認したところ、変更なしとの返答だったので、処方名が似通っているので、間違いの可能性ありと判断し、疑義照会したところ間違いということで訂正の返答有。	薬品名が似通っていたことが要因と推測される。	似通った薬品名で変更あった場合、患者様に体調の変化や、医師より何か説明あったかを確認し、それらがいない場合は必ず疑義照会する。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
111	お薬手帳、過去の薬歴を見たところ、定期薬でアスペノンカプセル20mgであった。処方箋には、アスピリン錠20mgの記載があった為、患者様に確認。薬の変更は聞いていないとの事でしたので、電話にて疑義照会。アスペノンカプセル20mgへ変更となる。	定期薬でアスペノンカプセル20mgの処方であった物を、処方箋の入力段階でアスピリン錠20を誤って入力したものと思われる。	お薬手帳で過去の処方薬と処方箋を照合。違っている場合には、患者様に変更になった旨を医師から聞いているか確認。されていないようなら、疑義照会。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	不整脈が安定せず薬を変更しながら治療中の患者様に不整脈薬と組んでアスピリン(20)が新規に処方されていた 医師に確認したところアスペノン(20)に変更となった	薬剤名の始めの2文字が同じであり規格も20mgと同じであることから入力ミスと思われる	処方せんの内容から考えられる疾患や患者様からの聞き取りで明かに異なる薬剤がないか注意する	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
113	定期的に通院されていて、降圧剤、高脂血症薬、骨粗鬆症薬など服用中。10日程前に、感冒症状あり、ベレックス配合顆粒が処方されていた。今回、臨時で、アスピリン錠20mg 2T分2、カロナール錠500mg 2T分2処方が追加となった。喉の調子はあまり良くないとの申し出もあり、処方内容に違和感はなかったですが、今回受診された目的が、胸がドキドキしたためとお話があり、疑問が生じて、疑義照会となりました。結果、アスペンカプセルを処方予定のところ、誤って、アスピリン錠が処方されてしまった事が判明しました。正しい処方にて調剤となり、健康被害には至りませんでした。	薬剤名の類似、カルテから処方入力時のミス。	処方箋、お薬手帳、記録されているデータ、患者さんからの訴え等を総合的に判断し、正しい調剤を心がけていきたいと思います。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
114	14歳の患者様に対し、皮膚科よりアスペノンカプセルが処方された。ムコダイン錠と一緒に処方されていたことから、アスピリンの間違いを疑い、患者様の母親に確認。いつも内科で出してもらっている咳止めを出してもらったとの事。お薬手帳から、アスピリン錠(20)とムコダイン錠(500)と確認。疑義照会し、アスペノンは削除。アスピリン処方へと変更になった。	普段、皮膚科からアスピリンが処方される事はなく、患者様ご家族の依頼により処方されたため、処方箋入力時に選び間違えが起きたと考えられる。	処方箋が出された医院(科)、患者様の年齢等、薬効を考え、その処方が妥当な物か常に確認する。	アスペノンカプセル10	アスピリン錠20		アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
115	以前よりマイスリー 5 m g 不眠時 で処方されていたものが、マイス タン 5 m g に処方変更となってい た。用法が不眠時で変わりなかつ たため、入力間違えではないかと思 い疑義照会。以前の処方通りマイ スリー 5 m g 変更となる。	「マイスリー」入力時、最初の 3 文字のみ「マイス」と入れて検索 を掛けると、五十音順で「マイス タン」が上位に表示されるため、 処方間違いが起こったと推測され たため間違いに気付いた。	今回の事例について薬局内で情報 共有し、同様の事例が起こらない ように周知、徹底した。	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。
116	初めての在宅患者。調剤直前に医 院から薬情コピーを入手。処方箋 ではマイスタン（5）だが薬情で はマイスリー（5）になっている 事が判明。Drに疑義照会にて確認 し、入力ミスとの事でマイスリー （5）への変更指示あり。	マイスリーとマイスタンは似た薬 品名のため、入力時に選択ミスを した可能性あり。	在宅の場合は、できるだけ多くの 情報を医院から頂くようにしてい る。特に「薬情orお薬手帳」と 「Dr間の紹介状」との薬剤内容の 相違が見受けられるため、どちら の情報が正しいかをDrと確認後、 調剤を実施するように心がけてい 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。
117	寝つきが悪く朝の眠気残りもあり ゾルピデム 5 m g 1. 5 錠・ニ トラゼパム 5 m g 0. 5 錠からニ トラゼパム中止でゾルピデムを 10 m g に増量予定がマイスタン 10 m g 錠の処方となっていた。	医師はマイスリー 10 m g 錠でパン コン上打ち込んだつもりでした、 名前の類似による間違い。	患者本人との話から違和感を感じ ての疑義照会でしたので聞き取り の重要性を再確認しました。	マイスタン錠 1 0 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 1 0 m g 「D S E 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。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
118	てんかんの既往歴のない患者にマイスタン錠5mgが処方された。患者に聞き取りを行ったところ、睡眠剤をお願いしたとのこと。疑義照会したところ、マイスリー錠5mgに変更となった。	医薬品名が類似、規格が同じだったため、電子カルテ上で医薬品の選択を誤ったものと思われる。	患者からの症状の訴えに対し、処方薬が妥当であるか必ず確認することを継続する。	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。
119	処方医はマイスリー錠 5 m g を処方したかったがマイスタン錠 5 m g を処方してしまった。	処方入力ミス	聞き取りの徹底	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。
120	これまでゾルピデムを服用してきたとの聞き取り情報をもとに、処方箋記載不備を疑い疑義照会し、変更になった。	処方箋記載ミス	患者様、または家族からの聞き取り、お薬手帳履歴の確認が最重要となる	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。
121	不眠が主訴の患者様に抗てんかん薬のマイスタン錠 (5) が処方されていた。疑義照会を行ったところ、マイスリー錠 (5) へ処方変更となった。	薬剤名が類似していたため医療機関が処方入力のミスがあったと考えられる。	患者様の主訴と処方内容が一致しているか確認を行う。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「E E」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	普段はマイスリー5mgを服用している患者。今回、マイスタン錠10mgに処方変更されていた為話を聞くが、抗てんかん薬を服用する必要はないと判断。	マイスリー錠、マイスタン錠は名称類似。処方せん発行時の確認不足。	処方監査、定期薬の確認、患者の聞き取りを徹底。	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。
123	マイスタン5mgが、初めて処方されたが、鑑査して不審に思い、患者に聞き取りした結果、最近、夜が眠れないので睡眠剤をもらったと分かった。疑義照会して、マイスタンは、マイスリーの入力間違いであることが判明した。マイスリー5mgに変更となった。	コンピューターのオーダーリングシステムのマスターで、マイスタンとマイスリーが、1行違いのため、処方ミスとなったと思われる。	通常、処方されていない薬が新たに、処方されたときは、処方理由や症状など、詳しく聞き取りをするように心がけたい。	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。
124	整形外科よりマイスタン5mg1錠 1日1回就寝前 処方。初めての処方であり、他の抗てんかん薬の併用がないこと、患者との聞き取りから不眠の訴えを申し出たこと以上の2点から、処方オーダーリングにおいて入力ミスが考える為疑義照会しました。	レセコン入力の際、類似名称の薬剤について選択を誤ったと思われる。病院側としては、入力後、処方箋を出力し再度確認作業を行うよう指導しているようだが徹底されていなかった模様。	ヒヤリハット事例として既に上がっている薬剤であるため、調剤ミスも含め処方箋の読み込み時にも注意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。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
125	一般名処方としてクロバザム錠5mgでFAXを頂いた。処方薬剤がマイスタン錠であることが分かったこと、以前よりマイスリー錠10mg（ゾルピデム酒石酸塩錠10mg）を使用している患者であり、てんかんの既往もないことから、疑義照会を行った。その結果、ゾルピデム酒石酸塩錠5mgの間違いであることが判明した。	一般名処方をするクリニックであるが、処方入力時に「マイス」での検索から間違えたものと推測された。	過去の処方歴、既往歴の確認を怠らず、疑義が生じた場合は問合せをする。	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。
126	マイスタン錠10mgの処方を受付。前回はエバミール1mg錠が処方されていたため、処方箋の記載誤りの可能性を考え、患者様に確認したところ、エバミール錠は効果が得られなかったこと、睡眠薬を変更する旨診察時に話があったことを聞き取り、疑義照会。マイスリー錠5mgに変更となる。	カルテには「マイスリー」と記載されていたようで、処方箋を入力するときの薬剤選択誤りだと思われる。	処方変更の際には過去の薬歴を参照し、処方の妥当性を検討するようスタッフ全員で業務手順の確認を行った。	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。
127	眠剤とデパケンが処方されている患者様に、普段見られないマイスタン錠（頓用）の処方記載あり。デパケンも処方されていることから痙攣発作も疑われたが、これまでの医師の処方傾向から考えると異様に感じたため、患者に確認。寝れないため薬剤が追加してもらうと会話から、マイスタンではなくマイスリーの間違いと思い疑義。疑義通り、マイスリーに処方変更となった。	クリニックにて使用している処方入力ソフトにて、薬剤検索する際、始めの3文字検索にてヒットした薬剤を間違えて選択したものと推定される。	今後も医師の処方傾向と患者様から情報収集にて疑わしい事例は必ず疑義を実施していく。また、医療機関にも情報提供し、類似名称医薬品については注意喚起する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	心臓病で、循環器内科受診中の患者。マイスタン錠5mgが初めて処方されていたが、患者様が外出中だったため、交付まで処方目的の確認ができなかった。薬剤交付時に、けいれん発作が出現したのかどうか確認したところ、医師にマイスリー錠5mgの処方を依頼したことが判明。疑義照会したところ、誤ってマイスタン錠を処方したとのことだったので、マイスリー錠に処方変更し、お渡しした。	電子カルテでは、3文字検索で薬剤名を検索し、入力するため、3文字が一致している薬を誤って処方してしまったものと推測される。処方元医療機関では類似の間違いも少なくないことを把握している為か、マイスタン錠の処方マスタには「抗てんかん薬」の記載が処方箋に自動で反映される処方ミスの予防もなされていた。	薬局で詳しい話をしながらない患者様もいらっしゃるが、新規処方薬は処方目的を必ず確認するように努める。今回は、めまいの症状が出て予約外受診もなさっている患者様だったので、今度はけいれんが出たのかと思ってしまったが、どのような経緯で新規処方薬が処方されたのか確認したことにより、処方ミスに気が付くことができた。	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。
129	前回薬歴と比較してマイスタン錠 5 m g が追加になっていた。投薬時患者より先生には眠れないと伝えたと申し出あり。患者にてんかんの既往歴もないため担当薬剤師が疑義照会を行う。マイスリー錠 5 m g の誤りであったと確認。	マイスタンもマイスリーも頭 3 文字同じであり、さらに 5 m g の規格もそれぞれあるので誤ったと考えられる。	患者が訴える問題と処方薬が相違ないか確認が必要。	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。
130	当薬局を日頃より利用する患者が来局した。処方内容は、マイスタン錠5mg1錠分1眠前であった。薬剤服用歴を確認したところ、マイスリー錠5mgを継続されていたことが分かった。医薬品の名称が類似しているため、疑義照会をした。【般】ゾルピデム酒石酸塩錠 5mgに変更となった。	マイスリー錠5mgと入力するところ、マイスタン錠5mgと入力したようだ。	引き続き、薬剤服用歴やお薬手帳、患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩 O D 錠 5 m g 「E E」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
131	前回、マイスリー錠処方されていたが今回からマイスタン錠へ変更となっており、既往歴・服用歴からもマイスタン服用に疑問が残ったため疑義照会を行った。看護師経由で処方医に確認したところ、前回（当薬局ではお渡ししていない）マイスリー10mg処方されており、今回5mgへ変更する際に選択を誤ったようで、マイスタンをマイスリーのジェネリックだと思って処方されていた。マイスタンは抗てんかん薬であり、全く薬効の異なる薬剤であることをお伝えし、マイスリー5mgへ変更となった。	マイスタン錠の薬効の知識不足、思い込み	類似名称の把握、注意喚起を行う	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。
132	お薬手帳によると今までマイスリー錠5m g が処方されていたが、今回マイスタン錠10m g と入力されていたためいつも調剤してもらっている薬局では在庫がないと断られ当薬局に来局。話を聞いているうちに眠れないためマイスリー錠を5m g から10m g に強くしてもらったはずだと言うため疑義照会し、医師の入力ミスによるものと確認した。	薬剤の名称が類似しているため	処方された薬が在庫がないだけで安易に調剤を断らないことと、今までの経過などをお薬手帳により確認し、患者本人の話を聞いて処方された薬が正しいもののかを判断したり推測したりすることを徹底する	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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
133	マイスタン10m gが処方され、薬局の在庫がないため、マイスタン10m gのお手持ちがあるかどうかを確認したところ、手持ちはなかった。ご自宅の近くの薬局でマイスタン10m gのある薬局を紹介し、そこで調剤していただく提案をしたが、引っ越ししたばかりで薬局の場所がわからないため、他の薬局に譲渡の手配をとった。他の薬局から譲り受けた後、本人に再度来局してもらい、マイスタンの説明をしたところ、本人の希望の薬と食い違いが生じた。医院に問い合わせたところ、薬の名称が異なることが判明した。	患者はマイスリーとお願いしたつもりが、処方にマイスタン10m gと入力されてしまった。単に最初の3文字ミスが、同じだったためかもしれないが、偶然両者とも5m gと10m gの規格があり、薬局では処方入力の誤りとは気がつかなかった	患者との丁寧な話が重要と改めて認識し、今後につなげたい。マイスタンはてんかんの薬なので、全く異なる薬を渡さずにすんだことにほっとしている。	マイスタン錠10m g	ゾルピデム酒石酸塩錠10m g「杏林」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
134	呼吸器内科の処方で、今回初回でマイスタン（5）1錠分1就寝前30日分が処方されていた。マイスタンは「効能効果：他の抗てんかん薬で十分な効果が認められてんかんの次記発作型における抗てんかん薬との併用」となっている。処方されていた患者さまは抗てんかん薬の服用歴が確認されなかったため、ご本人にまず確認を行った。「最近寝つきが悪いのでマイスリーを追加してもらうように医師に頼んだ。」とのことであった。処方医に疑義照会を行い、「マイスリー（5）1錠分1就寝前30日分」へ処方変更となった。	マイスリーを患者さまは医師に処方してもらうように依頼したそう。病院のパソコンの設定ではマイスリーの院内採用が後発品のため、先発品名では入力ができないようになっている。処方時に「マイス」と入力し、誤って類似品名の「マイスタン（5）」が処方されてしまったと考えられる。	効能効果や用法が誤っていると判断できる場合は患者さまにお話を伺い、必要に応じて医師に確認をとる。	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	マイスタン錠5mgが不眠を訴える初めて処方されていた。マイスリー錠5mgの間違えではないかと思い疑義をしたところ、マイスリー錠5mgに変更になった。	マイスタンとマイスリーの名前が似ているので選び間違えたと思われる。	マイスタン錠5mgは不眠で使わなくもないが、一般内科でファーストチョイスになることはないの、初めて不眠で処方された場合は疑義をするように周知した。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
136	処方箋にて処方内容を確認したところ、今回から【般】クロバザム錠（マイスタン錠）5m g 1錠不眠時10回分が追加処方になっていた。マイスタン錠5m g に不眠症の適応はない為、患者家族より、症状を確認したところ「眠れない」と先生に相談したから薬が追加になっていると思う。てんかんはない」とのことであった。患者家族の訴えより、処方医は類似商品名で同規格を持つ【般】ゾルピデム酒石酸塩錠（マイスリー錠）を処方したかったが、処方薬の選択を誤り今回の処方に至ったのではないかと推測できた為、疑義照会を行った。その結果、マイスタン錠5m g からマイスリー錠5m g (ゾルピデム錠)に変更となった。	今回一般名処方での記載ではあったものの、商品名の最初の3文字が同一、規格が重複していたことで処方医の入力間違いが起こったと推測でき、疑義照会を行うことになった。患者からの情報収集が必要だった。	情報収集にて適切な処方薬なのか確認することを徹底。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「D S E 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。
137	マイスタン錠5mg 不眠時服用で処方されているが、患者の既往歴にててんかんの記載が無く、マイスタン以外のでんかん薬の処方が無い為、服用時点とてんかんの併用薬がないとの理由により疑義照会を行った。疑義照会の結果、マイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgへの変更での調剤の回答あり。	レセコン入力時にマイスまで入力し、表示された薬剤を選ぶ際に、選択行を間違えたのではないかと推測される	今後も、不明な点がある場合は、自己判断せずに疑義照会を心掛けます。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	処方箋記載マイスタン10mg。普段当該医療機関からの処方箋で扱うことが無い薬剤かつ以前よりゾルピデム服用されている患者であった。先発名マイスリーとの入力間違いを疑い疑義照会を行った結果マイスリーへの変更となった。	処方せん発行に関わるオーダーシステム入力時の医師入力ミス。先頭3文字が同一であり用量も同一の為見間違ったと考えられる。	新規処方では薬歴とお薬手帳から変更経緯に間違いがないか確認する。	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。
139	処方箋にマイスタン錠が不眠時屯用で処方されていた。不眠時で以前マイスリー錠が処方されていたが、今回抗てんかん薬であるマイスタン錠が不眠時で処方されていたため疑義照会実施。マイスタン錠からマイスリー錠へ変更となった。	頭3文字が同じであることと、規格がどちらも5mgと同じであったため、処方画面で薬を選択する際に誤ってしまったのだと思われる。	こちら側の処方鑑査者も知識不足によりそのまま調剤を開始してしまい、調剤後の鑑査時点で判明となっていた。薬効用法については添付文書を確認し、おかしな点がないか確認していく必要がある。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
140	フェブリク錠10mg(高尿酸血症治療薬)⇒ユリーフ錠2mg(前立腺肥大治療薬)に変更と処方箋備考欄に記載されていた。患者には「軽い薬に変更する」との説明があったとのこと。類似名称のユリノーム錠と予測され、医師へ疑義照会。医師の処方ミスであった。	名称が類似しているため医師が誤認していたのかもしれない。備考欄に変更内容を記載する医療機関であったので、発見はしやすかった。	疑わしい内容があれば必ず疑義照会。解決後、調剤・投薬というルールを守る。	ユリーフ錠2mg	ユリノーム錠25mg		ユリーフとユリノームの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
141	平素から当薬局を利用している。内科では高血圧、高脂血症の治療を行い、整形外科では痛風の治療を主に行っている。整形外科の処方箋を見たときにユリーフの記載があった。ただ、年齢的にも性別的にも処方されてもおかしくはないが、整形外科からというのと、初めて服用するのにほかの薬剤と同じ日数処方されていたこと、普段服用している薬の名前がユリノームである事からもしかしてと思い、本人に先生はいつもと同じ薬を出すと言っていたかを確認してから、問い合わせを行った。病院の処方箋入力ミスであることが判明した。	病院の処方入力ミスと確認の怠り	お薬手帳をみて、薬歴を必ず確認してから調剤する。今回の場合名前はとても似ているが効果は全く違う薬剤であるため、もしもそのまま調剤してお渡ししてしまったら大変なことになった。疑問を抱いたら患者からも情報収集する。	ユリーフ錠 4 m g	ユリノーム錠 2 5 m g		ユリーフとユリノーム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	処方医が妊婦に、ウテメリン錠 5 m g を処方しようとしたところ、誤って一般名「メテナリン」を処方していた。	名前が類似しているため、医師が勘違いをしてしまった。	妊婦に禁忌な薬が有ることを周知徹底していること。	メテナリン錠 0. 1 2 5	ウテメリン錠 5 m g		メテナリンの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
143	数年間継続して降圧剤のカルブロック錠を服用中。今月より病院採用薬が変更となり、カルブロックの採用が中止となった。医師は継続してカルブロックを処方しようと、「カルブ」の3文字検索で薬剤を選択したところ、カルフィーナ錠の変換入力となっていた。患者に骨粗鬆症治療薬であるビタミンDを処方する旨説明があったかの有無の確認後、そういった話はなかったとのことで、疑義照会を行いミスが判明。結果、カルブロックではなく、同効薬のシルニジピン錠へと処方変更となった。	3文字検索による処方選択ミス。医師がカルブロックの採用中止をきちんと把握できていなかった点。	類似名の薬剤については、再度薬剤師で情報共有をおこない、特に採用薬の変更のタイミングは気を付けるようにミーティングをおこなった。	カルフィーナ錠 0.5 μ g	シルニジピン錠 10mg「サワイ」		カルフィーナの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
144	アロプリノール錠 100mg が処方さえるべき所、アロチノロール塩酸塩錠 10mg が処方された。初めて来局される患者だった。患者の以前からの服用歴を確認した所、以前からアロプリノール錠 100mg を服用されていて今回処方がなく、代わりにアロチノロール塩酸塩錠 10mg が処方されていたため誤りと予測された。疑義照会を行ったところ、その予測は正しくアロプリノール錠 100mg に処方変更となった。	アロプリノール錠 100mg とアロチノロール塩酸塩錠 10mg では名称が似ているため、誤った可能性。	患者から得た情報を全て考慮した上で調剤を行う。	アロチノロール塩酸塩錠 10mg「DSP」	アロプリノール錠 100mg「トーフ」		アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)**

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
145	今まで、テネリア錠20mg、デベルザ錠20mgを各1錠ずつ朝食後に服薬していたが、カナグル錠100mgに変更になった。デベルザ錠20mgとカナグル錠100mgが同じ作用の為、念のため疑義照会にて確認し、カナグル錠100mgからカナリア配合錠へ変更となる。	医薬品の名称類似していた為。	薬理作用を考えながら調剤する。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリア配合錠とカナグル錠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検討しているところである。
146	内科、カナリア配合錠が追加処方。すでにテネリア20mg錠を服用中のため、カナリア配合錠に同成分が入っているため、重複疑いのため疑義照会。カナリア配合錠→カナグル錠100mgに変更となった。	医師が、テネリアを削除忘れた可能性。またはカナグルと入力しようとしたところ、「カナ」で検索しカナリア配合錠を選択してしまった可能性がある。	配合錠が処方されている場合は同種同効薬が追加されやすいので、医師の意図を予想した上で適正に疑義照会を行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリア配合錠とカナグル錠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検討しているところである。
147	平時よりイニシンク配合錠（アログリプチン、メトホルミン）服用中の当該患者に対しカナリア配合錠（テネリグリプチン、カナグリフロジン）が追加処方となった。DPP-4阻害薬が重複処方となるためTELにて疑義照会。カナリア配合錠からカナグル錠（カナグリフロジン）に変更となった。	配合錠中に含まれる成分についての理解が不足していた可能性がある。	配合錠処方がある場合システム上で構成成分が表示されるようにしている。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリア配合錠とカナグル錠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検討しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
148	エクメット配合錠とカナリア配合錠の併用。疑義にてカナリア配合錠をカナグル錠に変更	確認の不足	確認の励行	カナリア配合錠	カナグル錠 1 0 0 m g		カナリア配合錠とカナグル錠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検討しているところである。