

**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	処方箋記載の薬剤はカナリア配合錠だったが、カナグル錠を調剤していた。自分で再度確認したときに気づき訂正。患者へは間違えた薬剤を見せても渡してもいない	名称の類似、薬剤保管場所が近かったことが原因と思われる	落ち着いて調剤すること、今回は自分で気づいたが、自分で気づかなかった時のために、最低2人以上で薬剤監査をすること。類似名称の薬剤は棚を近くにしないようにする。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところである。
2	転院された、新規患者に対してカナリアが処方されていたところ、カナグルを調剤してしまった。帰宅後本人が気づき、交換に訪れた。	薬の種類が多く、患者お薬手帳を持参していなかった。1剤1剤本人に確認しながらお渡ししたが「これ飲んで」と言われたのも間違いに気が付かなかった。	本人は転院に際し、病院に薬情はもっていた。手帳がなくても薬情などを見せて頂くのもミスを防ぐ方法かと考えた。	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検討しているところである。
3	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「カナグル錠100mg 1回1錠 1日1回 朝食後 30日分」と記載されていた。薬剤師Aはカナグル錠100mgを調製するところ、誤ってカナリア配合錠を調製し鑑査にまわした。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方箋のカナグル錠100mgではなくカナリア配合錠が調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはカナグル錠100mgを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	カナグル錠100mgとカナリア配合錠は、名称が似ていたため間違えた。また、患者のお薬手帳を確認したところカナリア配合錠が前回の処方として記載されていた。	調剤者がピッキングした際に、薬剤と処方箋を照らし合わせて再確認を徹底することとした。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を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: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	
4	カナリア配合錠が処方されていたところカナグル錠100mgを調剤、交付してしまっ。残薬がなくなり患者様が薬袋を開けたところいつもと違う薬剤だったので電話をした。代替品を持参し訪問、交換した。	薬剤師2名体制であったが、1名が患者様の対応に時間がかかっており、実質一人薬剤師で待ち時間が長くなっている状態であった。	繁忙時はダブルチェックができないことが多々あるが、そういったときは近くにいる者の目を借りるようにする。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところである。
5	定期薬を一包化調剤している患者。処方日数が長く、調製に時間がかかるので、予製化して対応していたが、今回処方変更があり、一包化予製をばらして調製しなおした。変更により余剰となったカナリア配合錠14錠を次回予製の調製用に回すため、薬箱に戻す際に、間違えてカナグル錠100mgの箱に戻してしまった。後で別の薬剤師が間違いに気づき訂正した。	名称類似品であり、薬効も近いことから生じた思い込みによるミス。	忙しい時間帯であっても、薬箱に戻す際は、必ず他者に確認してもらうという原則を徹底する。			カナグル錠100mg	カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところである。
6	前回まで(般)ゾルピデム(5)1錠で処方されていたが、今回マイスタン(10)で処方されており、念のためCLに疑義照会したところ、実際は(般)ゾルピデム(10)で処方する予定が先発名のマイスリー(10)に引きずられて、マイスタン(10)で入力してしまったという事例であった。	薬品の名称が似ているために起こった電子カルテ上の選択ミス。	前回までの処方やお薬手帳の情報と照らし合わせて、少しでも違和感があれば処方医に確認をしていくことで防げるものと考えられる。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
7	マイスリー錠5mgのところ、マイスタン錠5mgで入力ミスをしてそのまま投薬、投薬後の処方確認で発覚し、ただちにTELにて連絡しお詫びした。	事務による処方入力時にお、マイスリー錠5mgの入力漏れがあり、調剤時(ピッキングの際)にも入力漏れに気づかず、そのまま鑑査業務に。鑑査の際に入力漏れに気づき、鑑査者が入力したが、その際に誤ってマイスタン錠5mgで入力してしまった。	入力業務、調剤(ピッキング)業務、鑑査業務の各業務工程でそれぞれ、正確に入力確認を行うことを周知、鑑査時に入力の追加などの修正を行う際は、可能な限り鑑査者以外が行い、集中して業務を行える環境を整える。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
8	マイスリー錠5mg入力の所、マイスタン錠5mgで入力	新規処方で、入力時3文字目までを入れて検索していた。選択を誤ったが、その後チェックをせずに鑑査に回していた。	入力終了後、読み上げ、指さしをして入力ミスがないかチェックする。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	スピリーバレスピマットの処方に対して、スピオルトレスピマットを調剤してしまった。数時間後、別の事務員が在庫が合わないことに気が付き、調剤ミスが発覚。すぐに取り換えに伺ったが、まだ使用前だったため、調剤過誤による健康被害はなかった。	処方せんと取り揃えた薬剤の照合がおろそかになっていた。スピリーバもスピオルトも使用前のセッティングが特徴的で、そのことに気が取られ、スピオルトと思い込んで調剤してしまった。新しい職員の指導期間中で人手が取られ、別の者による薬剤監査がおろそかになっていた。	薬歴に大きく「スピリーバ」と記載して注意喚起する。別の者による薬剤監査を必ず行う。どうしても監査の時間が取れない場合は、投薬記録写真を後からチェックし、間違いがないことを確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	スピオルトレスピマツト60吸入をお渡しすべきところ、スピリーバ1.25μgレスピマツト60吸入をお渡しした。	使用済みのレスピマツトの廃棄方法について相談を受け、市の廃棄方法を調べながら調剤、鑑査、交付を行い、集中力にかけていた。調剤者は、名称頭文字「スピ」と吸入数「60吸入」のみを見て調剤、鑑査者は、「60吸入」の文字のみをみて鑑査。	レスピマツトには「スピオルト」と「スピリーバ」があり、名称が類似しているだけでなく、デザインもほぼ同じであることから間違いが起きやすいこと、店舗内で周知し、再発防止を図った。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ1.25μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
	理由は「スピリーバ1.25μgレスピマツト60吸入」の在庫の存在を認識していなかったため。薬袋には写真が印刷されており、印刷は緑色のレスピマツト、調剤した薬剤は青色。普段、取り扱っていないスピオルトレスピマツト60吸入、色の違いから薬剤が間違っていることを疑わず、写真が間違っていると思い込んだ。投薬終了後、薬袋の写真の設定を是正しようとした事務員が写真が間違っているのではなく、薬剤が間違っていることに気づき、発覚。それでも調剤者、鑑査者はスピオルトレスピマツト60吸入で間違いはないと思いつつ、薬剤の箱を再度チェック、この薬剤には薬剤量の記載「1.25μg」があるが、処方箋にはないね？その間違い？と事務員に問いかけ、「いえいえ薬剤が違います」。そこでようやく「スピオルト」であるべきところ「スピリーバ」を交付したことに気づく。なお、患者さんに間違えて交付していることをすぐに連絡、「スピオルト」と交換した。薬剤は未セット、未使用である。			スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ1.25μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	他院から紹介にて受診した呼吸器内科。フルティフォームとスピオルトレスピマツトが処方されていた。どちらもLABAが入っており、添付文書上併用しない事と記載されている。疑義紹介したものの一旦は薬剤部の方に併用禁忌ではないですよ？と言われたが食い下がり、医師に確認して頂くと、スピオルトではなくスピリーバの処方誤りであった。	この患者様に初めて処方されるお薬であったため、添付文書をしっかり確認した際に気づけた。	初処方薬に関してはやはり処方箋を受け取った時点での処方鑑査が重要であると考えられる。また、疑義紹介した際に「そのまま」と言われても自分が疑問に感じて明らかにおかしいと感じた時は食い下がることも必要だと感じた。			スピオルトレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
12	<p>約1年前に来局時よりずっとスピリーバ2.5μgレスピマットが処方されていた患者に今回初めてスピオルトレスピマットが処方された。レセコン入力時に前回処方との相違点に気づかずD_o入力をしてしまった。前回処方と今回処方の中で入院をして薬が変更になっていたがご家族が来局しており交付時にも気づかずそのままお渡ししてしまった。患者家族が帰宅後ご本人が薬をみて変更前の物が入っている事に気づき電話連絡あり間違いに気づいた。使用前に正しい薬であるスピオルトレスピマットに交換する事が出来た。</p>	<p>レスピマットの剤型がスピリーバとスピオルト2種類ある事の認識の徹底。名称も似ているので一字一句確認する事。</p>	<p>剤型の同じ吸入薬をあえて並べて保管し保管場所に注意喚起の表示を貼った</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>	<p>スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入</p>		<p>スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
13	<p>スピリーバレスピマットの処方。スピリーバレスピマットでレセコン入力。調剤者が間違えスピオルトレスピマットでピッキングし、鑑査も通してしまった。</p>	<p>投薬時に患者と一緒に薬の目視における確認を怠ってしまったことも要因だと思われる。</p>	<p>デザインが似ている薬については調剤棚に注意喚起を促す印などをつける。投薬時に薬品名、規格、吸入数を読み上げて一緒に確認を行う。</p>	<p>スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>		<p>スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
14	84才、男性患者。COPDにてスピオルトレスピマツト60吸入が処方されていた。患者が入院した際に、病院薬剤師が持参した薬がスピリーバレスピマツト60吸入であり、使用中であることが判明。当薬局に連絡があり、処方せんと在庫数を確認した。スピオルトレスピマツト60吸入が処方のところ、スピリーバレスピマツト60吸入をお渡ししていたことが判明。患者の入院理由は大腸ポリープの処置であることが分かった。	調剤薬剤師、鑑査薬剤師ともに処方せんの判読ミスがあった。またスピオルトレスピマツト、スピリーバレスピマツトが類似した名前、外箱、吸入器が類似した色、形であったため、調剤ミスを起こし鑑査も不十分であったと考えられる。	薬剤が置いてある引き出し棚に薬剤名を書いた付箋を貼り、注意喚起をする。調剤、鑑査する薬剤師が、処方せんとともに鑑査支援票、薬袋などをしっかりと確認する。インシデントレポートの作成、スタッフ間での情報共有を行い、再発防止に努める。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2. 5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	スピリーバレスピマツトが処方されていたが、スピオルトレスピマツトで調剤、お渡ししてしまった。	繁忙時で、1年目の薬剤師だったため、似た薬剤名の薬品に気づけなかった可能性がある。この時、調剤印が押されておらずピッキング後の確認がされていなくてダブルチェックされていない可能性もある。	似た薬剤名の採用薬を注意喚起するようにする。薬剤師が2名以上いない時以外、特に当薬局に慣れていない薬剤師がいるときは薬剤師2名によるダブルチェックを徹底するようにする。	スピリーバ2. 5μgレスピマツト60吸入	スピオルトレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	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調剤・ 交付。在宅訪問患者のため、訪問 時使用前に気付き交換。	処方箋をしっかりと確認せず、頭の 数文字で判断。慣れ・慢心による 調剤ミス。	関わる人間が複数回しっかりと確 認する。	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。
17	6/19に処方されたスピリーバ レスピマットを間違えてスピオルト レスピマットで調剤して患者に渡 す。2ヶ月後の8/27に来局時に 前回と吸入薬の色が違うという患 者の指摘で過誤は発覚。 その時は誤り特には問題は無かったが、その後処方箋発行医に患者が直接行き経緯を伝え医師の意見を 聞いたところ、幸いにも副作用が現れなかったので心配ない旨を患者に伝えたそうで、内心気分が悪い と言って帰ったそうです。2ヶ月後の10/15に処方箋を持ってきて先日依頼下痢が止まらず、これは医療 事故に当たるのではとの申し出があり12月に再度来るのでその時までに対応を決めておくよう言って帰 宅する。10/19に電話で連絡を取り10/22に会う約束をして内容を再度直接本人に確認。話の中で誠意を 見せて欲しいとの言葉があり、誠意の意味を何うと金銭ではないとのことでしたので、十分患者と話し 合い再度謝罪して本人には納得して頂きました。ga	名称が似ていること、効果効能が 類似している等一見間違えそうな 薬剤ではあるとは思いますが、良 く処方箋の内容を一度ではなく何 度でも確認すれば間違えは防げた ことだと思います。	今回の事例を全ての薬剤師と情報 を共有し、再度薬剤の勉強を全員 でしてダブルチェックの徹底を図 るよう努力します	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	
18	スピオルトレスピマットが処方されていたがスピリーバレスピマットを間違えて交付。翌朝在庫の発注候補にスピオルトレスピマットが上がってきており、不審に思い確認したところ交付間違いが発覚。すぐに患者に連絡を取り、まだ使用していないことを確認。自宅に直接行きスピリーバの回収とスピオルトの交付を行った。	・スピリーバとスピオルトで類似しており、調剤・監査共に間違えに気が付かなかった。・普段から急ぐように伝えてくる患者であり、焦ってしまっていた。・空打ちまで済ませてからの交付希望であり、セット動作に気を取られて2人とも薬剤間違いを見落とした。・薬歴の患者メモ部分には「スピリーバはセットした状態でお渡しする」と記載してあった。・交付時薬を見せて確認しているが、スピリーバと似ていることもあり患者・薬剤師ともに見落とししてしまった。	・スピリーバとスピオルトにそれぞれ取り違い注意の付箋を貼り付ける。・どんな状況でも焦らず調剤・監査を行う。・薬歴メモは訂正をした。また取り違い注意とも記入。・交付時に必ず患者と一緒に薬の確認を行う。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	スピリーバレスピマットが処方されているのにスピオルトレスピマットを調剤	監査をしっかりとる	複数人確認の徹底	スピリーバレスピマット2.5μg	スピオルトレスピマット2.5μg#13197;		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	
20	<p>年4回行う棚卸の内の一回の時であった。処方箋には、スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入2キットと記載があった。棚卸で、スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入のパソコンの在庫と実在庫が異なっていたことから発見された。当該患者の自宅へ連絡するも繋がらず。</p> <p>それから3日後、整形でリハビリがあると予約を伺い、当日受診の際に再度整形受付へ連絡するも、入院のためにリハビリはキャンセルされたとのことだった。入院先は、不明であったが吸入薬が処方されていたのが、総合病院だったので、その地域医療連携室に一報を入れ入院中か確認を行った。すると入院が判明して、ご本人から薬局へ連絡を頂けることになった。ご本人は、スピリーバのみを使用しており、スピオルトは古い型だと思い使用していなかったとのことだった。退院後、誤ってお渡ししたスピオルトは、処方箋を当薬局へ持参して頂く時に、持って来て下さることになった。</p>	<p>薬剤を調剤した薬剤師が、新卒入社の人で薬剤の知識が十分でなかったことがある。スピオルトとスピリーバを両方とも冷蔵庫の同じ棚の所へ保存していたことも誤りの背景にあると考える。</p>	<p>冷蔵庫に保管する場所(棚の場所)を変更した。処方箋入力時、薬剤の選択においてスピリーバとスピオルトの違うものだと認識するようにスピリーバの薬品名の前に「名称! 2.5μg!」と追加して、注意喚起を促した。このことは、薬剤を調剤する時に使用する支援票にも反映されることになる。</p>	<p>スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>		<p>スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
21	<p>2020年10月患者来局、今回からスピオルトレスピマットに変更になっていたが、レセコン入力は以前のスピリーバのままで入力。</p>	<p>思い込みによる入力間違いに気が付かず、そのまま通してしまったと考えられる。</p>	<p>一文字監査の徹底。思い込み等のない監査を行う。</p>	<p>スピオルトレスピマット60吸入</p>	<p>スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入</p>		<p>スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
22	月曜の繫忙期で名称わ見間違えた。	慣れでいつも通りの思い込みは禁物。	常に細心の注意をと緊張感を持つこと。	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。
23	スピオルトレスピマ ット2キット 処方。薬局の在庫の都合により1 キットのみ交付、不足の1キット は後日のお渡しで了承を得る。不 足分をスピリーバレスピマ ットで注文。調剤者は不足分が注文・納 品されたとの認識より、不十分な 確認で調剤・監査。外来混雑時 でなかったため、従業員人数が少 なく、2重監査がもれてしまった。 患者が不足分の受け取りに来 局した際、不足分の用意がされ ているとの認識より、患者名と 外観のみで医薬品名を十分に 確認せず、誤ってスピリーバ レスピマ ットを交付した。後日患者本人 よりお薬が違 うと連絡あり。数日吸入したが、 体調変化なし。薬剤交換で 対応。医師に報告。	各手順において、前手順で確認 されているとの思い込みより十分 な確認が行われなかった。1剤 のみの調剤で慣れ・慢心があ った。繁忙時・外来診療時間 外の閑散時など通常営業時と 異なる状況であった。不足分 のみの交付、通常の交付と異 なる状況であった。	不足分調剤時にも通常通りの 手順にて調剤・監査・交付時 の確認を徹底する。	スピオルトレスピマ ット60吸入	スピリーバ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。

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	処方箋が一般名チオトロピウム臭化物水和物吸入剤150 μ g (商品名スピリーバ2.5 μ gレスピマット) で記載されていたが、誤って一般名チオトロピウム臭化物水和物・オロダテロール塩酸塩吸入剤 (商品名: スピオルトレスピマット) で調剤してしまった。	どちらの医薬品も一般名がチオトロピウムからはじまるため、調剤者の取り間違いにより発生。二重チェック体制により監査薬剤師が気づき、患者様に薬が渡ることはなかった。	一般名が類似・包装類似・どちらがどちらの成分であるかも混同しやすい。各医薬品 (スピリーバ・スピオルト) の棚に一般名を大きく記載しとり間違いや勘違いが起こらないように配置を移動し薬局内でも事例について周知徹底した。その後同じ問題の発生はない。	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。
25	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入の処方箋に記載あったが、スピオルトレスピマット60吸入を間違えて調剤・監査。投薬薬剤師が間違いに気づき、正しい薬に取り換え。	スピリーバ・スピオルトは名称・薬効・デバイスが類似しているため間違えた。	名称類似医薬品と記載して、ピッキング時に間違えないよう注意する。	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。
26	一人薬剤師の時間帯の調剤で、一般名の誤読による薬剤取り違い (異なる成分) が起きた。その前後、出勤した他の薬剤師が鑑査して発見した。	一般名が類似していて、しかも調剤頻度が取り違えた薬剤の方が圧倒的に高かった。一人薬剤師の時間帯で多忙であった。当該患者の処方相互作用上の問題があり、その対応に薬剤師の注意が集中した。	一人薬剤師の時間帯の調剤では、調剤薬を処方せん・薬袋・薬歴と丁寧に読み上げながら照合して確認する。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
27	新規患者において（般）一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されたが、入力を誤って硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」が入力されていた。患者がお薬手帳を持っていたため、いつもは他の薬局へ行っており、調剤された一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」を継続して服用していることを確認ができていたため、監査時に入力間違いに気づき、間違いなく交付できた。	・周囲には処方箋に二次元バーコードを付ける医療機関が多いため、当薬局も二次元バーコードを利用した。二次元バーコードでの対応であれば医薬品が一致しないことから、入力時に間違いに気付ける可能性があったが、当医療機関は未対応のため、手入力での対応は浅く、当時、一硝酸イソソルビド錠20mgの採用はなかったため、類似名称の同規格の硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を選択した。	・入力時に医薬品を選択した後に一般名処方へ修正したため、間違いに気付かなかった可能性がある。手入力を行う際は、一般名を入力し医薬品を選択する手順を徹底するようにした。	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「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。
28	定期の薬であったが、薬剤が10品以上ある。多品目のため、監査に時間がかかるため、急いでいた。また計数調剤を行うスタッフがこの職場では経験が浅く、時間がかかっていたので、尚更急ぐ気持ちがかかっていた。そのため、間違いに気づかずにそのまま処方。その後、一硝酸イソソルビドの処方が出た際に在庫数が合わないことで発覚。服用は3日ほど行っていたが、特に服用に関しての違和感なく、体調に変化もなかった。謝罪を行い、薬剤を交換した。	経験のために、計数調剤を一人で経験の浅いものに任せていたが、時間がかかりすぎたことに焦りが生まれ、集中力を失っていたのが原因。	経験のためでも、処方箋が2枚以上に渡るとなると他のスタッフがサポートに入るように徹底することで、調剤の時間を短縮するようにする。	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」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
29	一般名記載処方せんにおいて、フランドル錠20mgで入力すべきところを、アイトロール錠20mgで入力してしまった。	入力者の知識不足	薬価本を用い、一般名の違いを確認してもらった	アイトロール錠 20 mg	フランドル錠 20 mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
30	当該医薬品の名称が似すぎている。	硝酸・・・と一硝酸・・・はちょっと見ただけでは判別がつきにくい。	当薬局にその2種類があることを周知し、できる限り採用をどちらか1つへ絞るようにしていく。	硝酸イソソルビド徐放錠 20 mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20 mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	【般】硝酸イソソルビド徐放錠の処方を事務が一硝酸イソソルビド錠で入力。入力者はそのまま調剤。検査者が気付いて徐放に変更して投薬した。	フランドルとアイトロールの違いを意識していなかった。一般名類似の違いをきちんと確認していなかった。	【般】硝酸イソソルビド徐放錠⇒先発:フランドル錠(後発:硝酸イソソルビド徐放錠) 【般】一硝酸イソソルビド錠⇒先発:アイトロール錠(後発:モノ硝酸イソソルビド錠) 【般】硝酸イソソルビド徐放錠カプセル⇒先発:ニトロールR(後発:硝酸イソソルビド徐放カプセル)一般名類似による間違いを再教育。	硝酸イソソルビド徐放錠 20 mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20 mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
32	<p>前回まで一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」(処方箋記載名:アイトロール錠20mg)でお渡ししていた患者様の処方箋記載方法が一般名処方となっていた。</p> <p>【般】硝酸イソソルビド徐放錠 20mg で処方箋の記載があったが、入力者が【般】一硝酸イソソルビド錠20mg ⇒一硝酸イソソルビド錠20mg で入力。用法も同じであるため、調剤者、監査者、投薬者も前回と同じ処方だと思ひ込み、そのまま患者様へお渡し。患者様自身も薬の変更については聞いておらず。入力チェック時にミスに気付き、疑義照会。今回から徐放錠に変更となったことを確認し、患者様へ連絡、交換対応となった。</p>	<p>入力者が硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠が異なる薬である認識がなかったためミスが起こった。調剤者・監査者・投薬者は確認不足もあるが、同じ薬が続いている患者様だったため、変更点はないだろうという思ひ込みもあり、気付けなかったと思われる。</p>	<p>処方箋への記載方法が変わった際は思ひ込みで入力しないよう徹底。薬剤師も似た名称がある医薬品はより注意する。</p>	<p>イソコロナールRカプセル 20mg</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
33	<p>当店新規での来局。来局時、当店の硝酸イソソルビド徐放錠の在庫なし。一方で一硝酸イソソルビド錠10mgの在庫はあり処方出庫も頻回だった為、20mg錠の在庫はなかったものこちらの薬のことだと思ひ込み、発注・入庫の手配を行った。 (以下、次ページ)</p>	<p>一般名ではないものの成分名での記載で、「硝酸イソソルビド徐放錠」と「一硝酸イソソルビド錠」が全く別の薬剤であることの知識が不足していた。</p>	<p>入力された薬剤と取り揃えた薬剤が一致するかどうか、機械的に判断できる「鑑査レンジ」を導入しており、バーコードや包装の画像が一致しない場合はエラーとなるが、今回は「目視」でOKとしてしまっていたため、「目視」でOKとすることを不可とする。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「トーフ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	また患者が立て込んだ時間帯であり、調剤・鑑査・投薬の薬剤師も（新患だった為）薬剤の服用歴・相互作用等の確認等に気を取られ、薬剤と薬情等の帳票類との齟齬に気付かず、お渡ししてしまった。投薬後（当日夕方16時ごろ）、薬歴入力での再確認時に過誤に気付き、直ぐに患者さまに連絡を取り、ご自宅に伺って取り違えた薬剤の交換対応をさせていただいた。朝夕食後服用のお薬だった為、その時点ではまだ服用はされておらず、体調変化等はなかった。			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」		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。
34	施設入所の方の薬で配達後、施設看護師よりいつもと違う薬が入っていると連絡あり。確認したところ本来一硝酸イソソルビド錠で調剤されるどころ硝酸イソソルビド徐放カプセルで調剤されていたことが発覚。服用前であった為、直ちに正しく再調剤し差し替え対応。	施設担当者が分包機にない薬を集めた際、間違えて取りそろえてしまった。調剤時に気付かずにそのまま調剤。鑑査も時間に追われ急いで行っていた為、類似薬品名に気付かずにそのまま交付してしまった。	調剤時の刻印確認の徹底。類似薬品名のリストを作成し、スタッフに注意喚起する。	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放カプセル 20mg 「ZE」		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。
35	一般名処方 硝酸イソソルビドカプセル 20mg の記載。一般名処方 一硝酸イソソルビド錠で患者様へお渡し。監査、入力、投薬すべて見落とされ患者様へ渡ってしまった事例です。	薬局に在庫があり、当薬局での処方頻度が高いお薬が一般名一硝酸イソソルビド錠であったため、全くの思い込みにより硝酸イソソルビドの前に一についている、一硝酸イソソルビド錠ですべての業務が進んでいってしまった。剤型もカプセルの記載があったにも関わらず、錠剤での入力。	思い込みによる調剤業務は避けることが前提。処方箋の一般名処方もしっかりと見直す。監査、入力、投薬、投薬後、会計後の調剤録との実合せの際もしっかりと見直しを徹底すること。調剤棚に間違えやすい一般名に関してはしるしをつけるなど調剤棚への改善点も見直す。	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」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
36	監査者は疑問を持ちながら監査をしていたが、その薬が在庫がないがいつも同じ薬と他のスタッフから言われ名称変更かと思い疑問を持ちながらも投薬。後で調べた結果、徐放錠と普通錠は違うという事に気が付き当日中に交換し服用には至らな方t。	疑問を持ったらしっかりと調べる。他の人がそう言ったからでは通用しないので、しっかりと自分の目で在庫を見に行くなどすることも必要。	薬の知識を持つ。個人個人の危機管理の意識が必要	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。
37	入院前硝酸イソソルビド徐放カプセルであったが入院退院後硝酸イソソルビド錠と徐放錠ではなくなっているのを、依然と同じと思っていた。処方元に紹介し、硝酸イソソルビド錠にかわっていることを確認し投薬	昼食タイム時であり集中の狭間じかんでもあり、同じ文字を見前と同じだろうと調剤してしまった。	名称規格等きっちり確認するように、スタッフ全員に報告確認を行った	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	アイトロールの処方をジェネリックにて調剤する際、一硝酸イソソルビトをピックアップすべきところ、硝酸イソソルビトをピックアップしてしまった。監査でも取り違いを確認出来ないまま続けて投薬に至った。	当該患者さんから前日応需した別処方箋の薬剤が当薬局において初応需であり不足した為、そちらのピックアップ・監査・投薬も重なり、当該処方せんのピックアップ・監査・投薬者各員の意識が分散されてしまった結果、調剤の確認が疎かになった。	・サワイから2018年に配布された「硝酸イソソルビトールと一硝酸イソソルビトールの販売名類似について」の案内をプリントアウトして調剤室内掲示する。・先発後発を問わず、当該成分を含有する薬剤の投与回数を、ピックアップ・監査時にその都度確認する。・製品名が類似したジェネリック品には先発品名を付記し、ピックアップ時の間違いを防止する。	アイトロール錠 20mg	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
39	定期的に一硝酸イソソルビド錠20mg2錠分2が処方されていたが、硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg2C分2に処方が変わった際に見落とし一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤、監査、投薬してしまった。	一般名処方に記載されており、変更前後の名称が類似しており見落としにつながった。1枚の処方箋に対して処方されている薬剤が多く、項目を見落としした。	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの違いについて、薬剤師だけでなくスタッフ全員で情報を共有した。	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「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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
40	処方【般】一硝酸イソソルビド錠20mg 一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤すべきところ、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「St」を誤って取りそろえた。	当薬局ではイソコナロールRカプセル20mg→硝酸イソソルビド徐放錠20mg「St」への名称変更が行われたばかりだった。スタッフ全体へ周知は行っており、記憶に新しく残っていたためか、取り間違いが起きたと思われる。	名称変更の際は名称類似品も増えるため、剤形も含めて注意するよう全体周知する。	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方されたアイトロール錠の一般名が一硝酸イソソルビド20mgに対しピッキングを硝酸イソソルビドを集薬した。	まだ1年目の薬剤師で知識が浅くまた注意喚起できていなかったため発生してしまった事例	ミーティングを開き周知の徹底とのれんを付け周知徹底した。	アイトロール錠20mg	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を定期で継続中の患者へ硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を誤ってお渡し。在庫確認の際に差異が発覚し、患者へ連絡、自宅へ行き、確認した所、ヒートをばらして、ピルケースに納めていたが、残薬があり服用前であったため全量を回収、交換を行った。	比較的混雑する時間帯で、一硝酸イソソルビド錠と硝酸イソソルビド徐放錠の名称類似があり、店舗へ赴任し日が浅い薬剤師であったため、違いに気づくことが出来なかった。後に服薬指導時に患者も違和感があったとのことだったが、定期服用している他薬にてデザイン変更がされたことがあり、こちらもそういうものと気に留めていなかった。	店舗スタッフで名称類似医薬品に関するミーティングを実施。沢井製薬より出ている販売名類似の案内文を調剤室の目につく場所に掲示した。また、それぞれの薬品棚へ名称類似の注意喚起を行う札を設置し間違いを防止することとした。	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方せんで、一般名で「硝酸イソソルビド20mg 徐放錠」となっていた、当該薬局には「一硝酸イソソルビド20mg 錠」しか扱いがなかったため薬剤師Aは思い込みによりそれを調剤。鑑査者Bが患者に交付前に薬の違いに気づき正しく投薬。	繁忙時間ではあったが医療事務・薬剤師Aとも当該薬局に在庫のある薬と思い込み調剤。鑑査者Bは「徐放錠」に気づき同一成分ではあるが違う薬であることが判明。薬剤師A・鑑査者Bともこの薬の徐放錠の存在を知らなかった。	思い込み調剤をなくすべく、1処方箋につき必ず医療事務・調剤者・鑑査者の2人以上が関わるようにしました。類似名称・徐放錠・OD錠のある薬の棚に目立つ色の付箋を貼付しました。	硝酸イソソルビド徐放カプセル 20mg 「ZE」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「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。
44	一硝酸イソソルビド錠が硝酸イソソルビド徐放錠に変更しているのに気付かず入力し、調剤時に発覚した	一般名が類似していた	レセコンで一硝酸を入力するときにポップアップがでるように設定した	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「トール」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
45	一包化作業前のPC入力確認時点で処方箋の転記ミスのまま調剤していた。	類似名称を気付かなかった。入力者と確認者で二重チェックの徹底。	類似名称を十分に把握する。色掛けては気づき易くする。	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「ツルハラ」		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。
46	処方箋に一般名でベポタスチンベシル酸と書かれていて調剤もベポタスチンベシル酸錠10mg「タナベ」で調剤されていたが、投薬者が「めまいですか?」と患者に問いかけた。ベタヒスチンメシル酸(めまい)とベポタスチンベシル酸(アレルギー)と勘違いをして説明。患者が「めまいじゃなくて花粉症だったんですけど」と言ったので勘違いに気が付く。その後、間違いを謝罪し、正しい服薬指導を行った。	ベタヒスチンメシル酸とベポタスチンベシル酸の名称が似ていた為、間違えた。	投薬をする際に患者に薬情を見せ薬効を確認しながら行うように注意喚起した。			ベポタスチンベシル酸錠 10mg 「タナベ」	ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
47	【正】ベタヒスチンメシル酸塩、ベポタスチンベシル酸塩をそれぞれの薬袋へ入れる【誤】ベタヒスチンをベポタスチンの薬袋へ、ベポタスチンをベタヒスチンの薬袋へそれぞれ間違えて入れた	服薬指導時に入れ間違えた(調剤室では薬を薬袋へ入れる行為はしていない)	調剤室にいる時点で薬を薬袋へ入れておき、投薬では袋から出して説明することで入れ間違いを防げる			ベタヒスチンメシル酸錠 12mg 「JD」	ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
48	ペボタスチンを取るべきところを、誤ってベタヒスチンで調剤した。	棚の整理、入れ替えを行ったところだったので、いつもとは違う場所に薬が移動していた。またどちらも出庫頻度が高い薬剤であるため混同しやすい。	棚を離す。注意喚起のシールを貼る。	ペボタスチンベシル酸塩錠 5 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「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。
49	3か月毎に受診されている方。手順に沿って調剤したが、写真撮影前の指差し確認で思い込みがありそのまま撮影。投薬し本人が薬局を出た直後、間違いに気づき呼び止めた。正しいものと交換した。	確認手順の中で一つ一つ確認する作業があるが、この時に声を出して読み上げていなかったことが今回の要因と思われる。ここを通り越してしまったため撮影した写真にも間違った薬が写っている。読み上げが重要。	手順に間違いはないので励行する。	ペボタスチンベシル酸塩錠 5 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「CEO」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
50	ペボタスチンベシルOD10mg が処方されていたが、名称が似ているためベタヒスチンメシル6mg をピックアップした。監査でも気が付かずそのままお渡しした。	患者との話に気を取られ、監査が散漫になった。	毎回患者と一緒に薬を確認してもらうことにした。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠 10 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「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一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
51	ベタヒスチンが処方されているにもかかわらず、ペポタスチンをピッキングして投薬していた。患者がアドヒアランスが高い人で、帰宅後に薬を確認しているときに間違いを発見され、連絡された。お詫びして差し替えた。私も見たはずなのにごめんねということで、大きな問題にはならなかった。	元々よく似た名前の薬で注意していたが、連休前の繁忙さで雑になっていた。ピッキング者が鑑査者も見逃してかごに入れていた。投薬者も再鑑査せずに投薬していた。患者に見せて一緒に確認しているが、そのときは患者も見逃していた。直前に棚をずらしており、棚の並びも変わっていた	再度名称類似の注意喚起を薬局内で実施し、そういった事例があったことを説明した。これから薬局内に在庫している薬の名称類似及び間違えやすい品目についてリスト化し、間違えやすい薬を担当者で再認識する。	ペポタスチンベシル酸塩錠 5 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 12 mg 「J D」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
52	名称が似ているため、また、どちらも、耳鼻科でよくみられる処方であったため、取り違えてしまった。患者本人が気づき、服用はしていない。	調剤者・鑑査者ともに、ベテランで、慢心だと思われる。	先発名を併記した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「J G」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
53	ペポタスチン処方のところ、ベタヒスチンを手に取り、準備した。鑑査の時点で、ピッキングミスに気付いた。	一般名が類似していた事、薬の配置が近かった事が原因。	薬の配置替えをし、薬効を大きく書き注意喚起を行なった。	ペポタスチンベシル酸塩 0 D 錠 10 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「J D」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
54	庭木の手入れ後、全身に蕁麻疹が出て受診。一般名処方ではベポタスチンベシル酸塩が処方されたがベタヒスチンメシル酸塩を渡した。服用後も改善せず、患者本人がネットで調べて間違いが発覚した。	以前働いていた薬局では先発品採用が多く、ベポタスチンはタリオンで、ベタヒスチンはメリスロンで調剤する慣れがあった。症状からタリオンのジェネリックを調剤したつもりだが、違うものを取っていた。混雑して薬情の写真を見せずに説明した。	監査時、薬情の写真とも付け合わせる。一般名は正確に覚える。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「トローワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
55	ベポタスチンの棚にベタヒスチンが入っていたため、誤ってベタヒスチンを調剤	ベポタスチン・ベタヒスチン名前も似ており、棚も隣通しだったため薬を戻す際に誤った場所になっていた様子	棚の位置を変えた	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
56	薬剤の陳列に関してアイウエオ順で並べているがベタヒスチンメシル6mgが処方されたときその下のベポタスチンベシル10mgを取り出し投薬かごの中に入れて次の薬剤を取りに行ったときにパッケージが違うのに気づき薬を取り直した。	先発品は、メリスロンとタリオンでかなり離れた棚にあったが一般名になると名称が似ているものが出てくる。最期まで確認を怠ることの無いようにしたい	薬を保管している棚のところに「ベタヒスチンメシル」には「めまい」「ベポタスチンベシル」には「アレルギー」と書いたシールを貼って対処する	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
57	新規の患者様、耳鼻科処方箋。一般名ベタヒスチン6mg処方。ベポタスチン10mg調剤。患者様へ投薬時、薬の説明と症状が不一致により気がつき、正しい薬を交付。	月曜日は患者様が多くバタバタしていた。耳鼻科処方箋は普段からベタヒスチン、ベポタスチン、どちらも処方が多く、疲労、焦りから間違えたと思われる。	2剤の配置場所は間違えないように普段から、離して設置してある。他の薬剤師に監査してもらい、自分自身でも薬情等で照らしあわしながら再度チェックを行う。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
58	ベポタスチンベシル酸塩錠10mgのところベタヒスチンメシル酸塩6mgを調剤。鑑査にて取り違えに気付いたため交付前に変更しお渡し	薬品名類似による思い込み調剤	処方箋記載内容と薬剤とを照らし合わせ確認してから調剤を行う	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
59	ベポタスチン10mgが2錠/分2で処方されていたが、ベタヒスチン錠6mgを2錠/分2でお渡し。患者様より「いつもの薬と違う気がする」と問い合わせがあり発覚。	類似名称で気を付けなければならぬと認識していたが、今回は気付けなかった。外出中だった患者様が戻られ焦って鑑査してしまった	薬情と照らし合わせながら説明、交付するように徹底する薬局内の情報共有	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	ベタヒスチンメシル酸塩錠とペボ タスチンベシル酸塩錠を取り違え た。	名称が類似していること、どちら も耳鼻科で処方される薬であるこ とが要因として考えられる。	レセコン上で取り違い注意のフラ グをつける。この2種の保管場所 を近くし、取り違い注意の札を一 目で見えるよう改善した。	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「KN」		ペボタスチンベシル酸塩 とベタヒスチンメシル酸 塩の一般名類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
61	【般】ベタヒスチンを【般】ペボ タスチンと勘違いし調剤。	類似名	事例を他のスタッフにも周知	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 塩錠5mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩 とベタヒスチンメシル酸 塩の一般名類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
62	前回、ペボタスチンベシル酸塩錠 が処方されていたこともあり、同 じ薬と思いこんでしまった事と、 棚が近くにあった事もあり間違え てしまった。	思い込みによる勘違い。	確認の徹底。	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OD錠10mg「タ ナベ」		ペボタスチンベシル酸塩 とベタヒスチンメシル酸 塩の一般名類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。

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	
63	抗アレルギー薬ベポタスチンベシル酸塩錠10mgと誤ってめまい治療薬ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgをピックアップした。調剤鑑査により間違いが発見されたため、事故には至らなかった。	調剤者は処方監査において慢性蕁麻疹に対する処方であること、めまいの主訴もあり、患者は耳鼻科受診を予定していることを患者から聞き取っていた。医薬品名の類似と思い込みの二つが重なったことが要因と考えられる。	処方鑑査、調剤鑑査、服薬指導の中で二重、三重のチェックを徹底し、調剤過誤を防止する。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
64	処方でベタヒスチン12mgが一般名の記載でのっていたがピックアップ時に棚が近かったベポタスチン錠5mgをピックアップ監査の機械を通したときにエラーが出てミスに気が付いた	ベタヒスチン、ベポタスチンともに主たる処方箋発行医療機関からよくするため注意不足によりピックアップミスをしてしまった	ピックアップの際はmg数の確認まで含めて行うようにすることでピックアップミスを防止する	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「CEO」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「KN」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
65	一般名でベポタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されていたが、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを取り違えて集薬し、監査時に別の薬剤師が発見しました。	一般名処方で名称が類似していることにより取り違えが起きました。	同じ引き出しに入れていたので、別々の引き出しに入れることにし、名称が類似薬剤は特に処方箋で規格までしっかり確認するよう薬剤師全員に周知しました。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
66	ベポタスチンが処方されていたが、間違えてベタヒスチンを用意。薬剤師が再確認する際気が付き変更。	多忙であったため、不注意によりあやまった。	似た名前の薬剤棚に注意書き。交付する前再確認	ベポタスチンベシル酸塩錠 5 mg 「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「テバ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
67	R病院から身体の痒みでベポタスチンの処方あり。今回、Y病院の耳鼻科からベタヒスチンの処方があり、ベポタスチンの処方が出たと思っていた。薬に関しては他の薬剤師が処方通りのベタヒスチンをビッキングしており、監査時に当時者の薬剤師が間違いに気付いた。	医療機関が別々であることを認識していたが、耳鼻科からの処方だったこともあり、今まで出ていたベポタスチンだと思っていたこと、成分名が似ていることがこのヒヤリ・ハットを招いてしまったと思われます。普段思いもよらなかった事が起こったことで、改めて思い込みをしないよう気を付けないといけないと思いました。	今一度、処方内容、薬歴を確認し、思い込みしないようにしていく。			ベポタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「タナベ」 ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「JD」	ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
68	日頃金曜日に勤務でない薬剤師が、臨時で勤務した。金曜日は金曜日しか診察をされない皮膚科の医師の処方がある為、ルパフィンの認識がうすかった。	ルパフィン、ルセフィーともに、ルとフィが付く。また同じ籠に在庫している上に、ともに処方が少なく、薬剤師の認識が薄かった。	ルセフィーが糖尿薬で間違えて投与されてしまうと大変なので、同じ籠には収めるものの、蓋つきのケースに入れて取り出しにくくした。	ルパフィン錠 10 mg	ルセフィー錠 5 mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分: 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	糖尿病の患者ですので、アレルギーの薬のルパフィンではなく、ルセフィだと思い込み、調剤をしようとしてしまいました。	糖尿病の薬を固めて置いているので、それも要因の一つなので、注意が必要。	薬袋の印字をたしかめ、患者にアレルギーの有無を聞き、調剤するように。先入観を持たないように注意したい。	ルパフィン錠 10mg	ルセフィ錠 2.5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ロラゼパムを定期で服用している患者様で処方是一般名処方となっていた。集薬時に誤ってロフラゼブを調剤。監査もスルーしそのままお渡しとなった。医師からは発作時の屯用にも使用できると聞いていたので発作時に服用したが効果を感じず、受診時に医師に相談をしたところ薬剤が誤っていると判明。来局時に患者様本人からお話があり過誤が発覚。直ちに謝罪をして正しい薬と交換をした。	薬品名の類似、ロフラザブもロラゼパムも同メーカーの沢井製薬のものを使っていてシートのデザインが似ていた、などが挙げられる。	ロフラゼブ、ロラゼパムについては1mgの規格が重複しているため、入力時にどちらかの1mgが処方されていた時点で薬剤名の欄に付箋を貼って注意を促すように対応を行う。	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
71	臨時処方メイラックスのところ、GE希望だったため、GE（ロフラゼブ）を調剤したはずが、類似薬名のロラゼパムでピックし、投薬してしまった。	類似薬名が存在する事を十分に認識していなかった。患者様がタクシーを待たせ、急いでおられたので、こちらも焦りがあり、薬手帳や薬歴を過去にさかのぼってしっかり確認できなかった。	類似薬名が存在する事を十分に認識して一文字ずつ薬剤名を付き合わせ、正確な情報で調剤業務を行う。	メイラックス錠 1mg	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ロフラゼブ1mg「サワイ」を調剤するべきをロラゼパム1mg「サワイ」を調剤した	他にもロフラゼブ1mgの「」銘柄違いが複数ある	配置場所を離す。注意喚起の印をつける。先発商品名を記載したシールを貼る。	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。
73	ロフラゼブ酸エチル1mgを処方しないといけないところ、ロラゼパム0.5mgをお渡ししてしまった。本人に電話して交換した。	確認不足が原因。	監査体制の強化。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ロフラゼブ酸エチルが正しい薬だが、類似のロラゼパムで調剤。処方量が5錠だった為、監査機器も通らず、目視で確認。初めての処方のため、患者自身も気付かなかった。	薬品名が類似している事や、取り違え事例が多い事は知っていたが、自分がやるとは思っていなかった。少量の処方の場合、JS1コードが読み取れない事があるので、監査者に注意を促す必要があった。	少量処方の場合、少し多めに調剤し、監査機器で照合できるか確認を行う。目視確認の場合は、しっかり監査者へ注意を促すように伝える。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
75	ロフラゼブ酸エチル1mg が処方されたが、誤ってロラゼパム1mg を交付してしまった。幸い服用する前にこちらで間違いに気づいた為、正しいお薬と交換に、ご自宅へ伺った。	監査機器アテルノを使用していたが、処方量が7錠のため、目視での確認となっていた。ロラゼパムは誰にも処方しておらず、ロフラゼブ酸エチルだという思い込みがあった。	10錠未満などの端数を監査機器で通す場合は、必ず、もう1シート同時に調剤を行い、極力GS-1コードで照合を行うようにする。不働医薬品は、早めに返品や店舗間移動を行い、間違いが起きにくい状態にしておく。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
76	後発品希望の患者様にメイラックス錠1mg 0.5錠の処方がされていて、いつもロフラゼブ酸エチル錠1mg 0.5錠をお渡ししていた。それを誤ってロラゼパム錠1mg 0.5錠で交付してしまった。後日、ロフラゼブ酸エチル錠1mg の在庫がおかしい事に気が付き、調べた結果判明。	当局は1人薬剤師の店舗であり、この日はいつもの管理薬剤師が休みで、多店舗からのヘルプでいつもと異なる薬剤師が勤務していた。ロフラゼブ酸エチル錠1mg、ロラゼパム錠1mg と名称が似ている事から間違えて半錠にしてしまったと思われる。	似ている名称の薬に関しては、十分過ぎる程の確認を徹底する。後は錠剤照合システムを導入しているが、なぜかこの時ロラゼパムのシートはバーコードを通さず目視にしてある。今後は必ず錠剤照合システムでのバーコードの読み込みを徹底する。	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。
77	ロフラゼブ酸エチル錠の箱の中に、ロラゼパム錠のシートが一部混ざっていることを発見した。	医薬品を箱に戻す際、入れ間違えたと思われる。	ロフラゼブ酸エチル錠の箱のフの字にピンクで丸をつけることにした。箱に戻す際、2人で監査し、確認後戻すことを徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
78	85歳女性、神経症により長年メイラックス1mgを1錠/日で服用していたが、最近は安定していることや併用薬剤も多いため1mg錠から0.5錠に減量となった。これを機にメイラックス1mgを後発品であるロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」に代替とした。ピックアップの際にロラゼパム錠1mg「サワイ」と誤ってしまい、半錠にカットする際になって間違いに気づくことができた。分包後では両薬剤の取り違えを正すことは難しかったと思われた。	向精神薬は、成分名に類似したものが多く、また同じ製薬会社である「サワイ」製品を採用したことにより 包装やシートの色・形状、錠剤の色調、大きさ等類似する点が多く、規格も同じ1mgだったことも重なり今回のミスを招いたと思われた。	後発品採用の際、特に類似する名称の薬剤については、同じ製薬会社にこだわることなく、シート等のデザインが異なる他の会社のものも比較検討することが重要と考える。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
79	ロラゼパム錠0.5mg錠が処方されていたにもかかわらず、ロフラゼブ酸エチル錠1mgで調剤し、そのまま監査にも引っかからずに患者様に投薬されてしまった。後ほど患者様から電話があり、いつもと薬が違うのだとの指摘があり確認したところ、上記の間違いが発覚した。患者様が再来局され、正しい薬剤をお渡しした。	類似薬品名の薬剤には特に注意を払わなければならないにもかかわらず、慣れから誤調剤を繰り返してしまっている。慣れから監査も疎かになってしまった。	以後はロラゼパム・ロフラゼブ酸などの類似薬品名が処方された際には、確実にダブルチェックを実施するようになった。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
80	後発品希望の患者に対して、メイラックス錠1mgが処方されていた。メイラックス錠の後発品のロフラゼパム錠1mgを調剤すべきところを、ロラゼパム錠0.5mgを調剤してしまった。	共に向精神薬であり、一般名がラ行のため、向精神薬用の引き出しの同じ区画に入れられていた。当該薬剤師が、入社して1年と経験が浅く、知識不足であった。	一般名の類似している薬の周知、教育の徹底	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パム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
81	他の病院の処方箋を持ってこられて一般名でロフラゼパム錠1mgが1日1回就寝前0.5錠だったが勘違いでロラゼパム錠1mgを0.5錠調剤した。その後、監査中に薬剤違いに気付いてロフラゼパム錠に作り直した。間違いないことを確認し患者に投薬した。	薬剤名称がよく似ていたため簡単に処方箋を見ていた	薬剤名称がよく似ている薬剤には注意深く見るように確認して調剤する	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
82	ロフラゼパム錠1mgのところロラゼパム錠1mgでお渡し、患者さんより電話があり取り換えに伺った。	ロフラゼパム錠1mgとロラゼパム錠1mgは同じ引き出しの隣にあった。	ロフラゼパム錠1mgとロラゼパム錠1mgの引き出しを違う引き出しにわけて保管2種の処方ある方の薬歴に注意喚起を貼った。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
83	患者に一般名にてロフラゼパム錠1mg「サワイ」が処方されていたが、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤。機器を用いての監査システムを使用していたため未然に防ぐことができた。	当薬局に向精神薬のロラゼパム錠、ロフラゼパム錠の両方を在庫していることは認識していたが、処方箋記載の一般名が類似していたため起こってしまったミス。	店舗内にて名称の類似薬があることを店舗スタッフに周知。引出内で薬を離して保管するようにした。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	事務員がロラゼパム錠0.5mg錠からロフラゼパム錠1mgへの処方変更気づかずロラゼパム錠のまま入力していた。薬剤師はロフラゼパム錠1mgで調剤していたため、錠剤監査機を通した際に入力との相違に気づいた。	その患者様の処方数は数年間Do処方だったため、入力時にいつもと処方数は変わらないだろうという思い込みがあり、Do処方での入力をしていました。	入力時、薬品名・規格を確認する。	ロフラゼパム錠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ム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
85	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」とロラゼパム錠1mg「サワイ」のお渡し間違い。	向精神薬で薬品名が類似していたため保管場所が近くなっていた。調製、監査ともに確認を十分に出来ていなかった。	保管場所をそれぞれ別の所にした。調製、監査でのダブルチェックを行う。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
86	ロフラゼパム錠処方に対してロラゼパム錠をピッキング。監査時に他の薬剤師が気付いた。	医師の処方が一般名処方に変わり、メイラックス錠がロフラゼパム酸エチル錠に記載変更された。後発医薬品のロフラゼパム酸エチル錠「サワイ」は採用直後であり調剤者の思い込みで以前から採用されており当薬局で多用されているロラゼパム錠「サワイ」をピッキングしてしまった。mg数が同じだったことで間違いに気づきにくかったと思われる。	ロラゼパム錠「サワイ」の棚にロフラゼパム注意の札を付けて注意喚起を行っている。	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」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ロラゼパム処方のところ、間違えてロフラゼパム酸エチル1mgを準備した。監査でミスが発覚したため患者さんにわたらずに済んだ。	最近薬局の精神科のジェネリックが急速に増え、あまり慣れていなかったのが原因と思われる。	箱の雰囲気もよく似ていることから少し距離を取って保管することにしました。落ち着いて処方箋と照らし合わせ準備したいと思いません。	ロラゼパム錠 0.5mg 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠 1mg 「日医工」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ロフラゼパム 1mg サワイが処方されていたが、誤ってロラゼパム 1mg サワイをピッキングしてしまった。患者へ渡す前の監査時に発見。患者へお渡しする前に気付く。	多忙な時間帯だった。普段から間違えやすいという認識は各薬剤師間であったが、間違えてしまった。	今一度名前前の再確認、先発品の名前入り札作成。	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」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	<p>継続で2回目の来局でした。非常勤薬剤師がロフラゼブエチル酸塩錠1mg「サワイ」を調整し、常勤薬剤師がGS-1チェッカーで監査したところエラー表示が出て、ロラゼパム錠1mg「サワイ」が出ていたことが分かり間違いに気づいた。</p>	<p>冒頭の名前が類似しており、同一規格で外箱も同じ製薬メーカーで類似していた為発生したと考えられる。</p>	<p>ロフラゼブエチル酸塩錠1mg「サワイ」とロラゼパム錠1mg「サワイ」の名前が類似していることを職員全員に周知し、両方の外箱に類似品ありという札を付けて注意喚起を促すことで様子を見ることになった。</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」</p>	<p>ロラゼパム錠1mg「サワイ」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼ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。</p>
90	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg（サワイ）が処方されていたのにロラゼパム錠1mg（サワイ）がピッキングされており、監査でもスルーしてしまい誤った薬を交付してしまった。</p>	<p>・監査は目視で行っており、患者様が立て込むとどうしても見逃してしまうことも増えている点。・名称類似の薬品であり、同規格に同メーカーのお薬を採用しており間違いが起りやすい状況であった点。</p>	<p>2020年12月からGS1チェッカーというGSコードを読み込む監査機の導入により異なった薬ピッキングが改善されました。今後どちらか薬のメーカー変更の件も考えています。</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」</p>	<p>ロラゼパム錠1mg「サワイ」</p>		<p>ロラゼパムとロフラゼ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。</p>
91	<p>患者より電話があり、薬袋に記載されている薬剤とは違う薬剤が入っていたと指摘を受け、再確認した結果ロラゼパム錠0.5mg処方のところロフラゼブ酸錠エチル1mgを間違えて調剤・投薬していた。</p>	<p>名称が似ており、近い場所に保管していた。またピーク時であり監査担当のチェックが不十分だった。</p>	<p>薬剤師によるダブルチェックを徹底して行う。薬歴内に目立つよう記載し、今回の経緯がわかるようにして注意喚起・再発防止に努める。また、同様のインシデントを二度と起こさないよう、店内職員同士で情報共有し県薬剤師会へも報告する。</p>	<p>ロラゼパム錠1mg「サワイ」</p>	<p>ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」</p>		<p>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。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
92	ロフラゼプ錠1mgの实在庫の差異に気づき、調剤過誤の疑いがあるため患者宅に連絡したところ調剤過誤発覚。誤ってロラゼパム錠1mgを渡してしまった。残薬があり、服用前であった。	一番忙しい時間帯だったこともあり、注意がおろそかになった可能性あり	当該医薬品に類似薬名ありの印をつけ、調剤の時に注意を促す。	ロフラゼプ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼプ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
93	ロフラゼプ錠1mg処方のところ、見誤ってロラゼパム1mgで入力。監査薬剤師が気づき、入力訂正した。	繁忙であり、同じ処方薬が続いていたため。思い込みがあった。	処方入力の確認も毎回数人で行う	ロフラゼプ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼプ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
94	【正】テグレート錠100mg 336錠【誤】テオドール100mgが300錠混入	調剤時テグレート錠100mg 36錠はPDAでバーコードを読み込んだが、上段ストックからテオドール錠100mg 300錠を取る際にPDAを使用しなかった。	調剤時はすべての箱、もしくはヒートのGS1コードをPDAに通す。鑑査時は全てのヒートの耳を処方箋にあてて名前の突合を行う。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
95	処方ハテオドールだッガテグレートールをピッキングした。監査でミスを発見。	調剤ハ忙しくても慎重に行う	監査でミスをみつけたので監査ハしっかり行う	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者ハ医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
96	調整者がテグレートール錠100mgの処方をテオドール錠100mgで調剤した。監査者が取り間違えを発見し、調整者に指摘し、調整者は、テグレートール錠100mgを取り直した。	名称が類似しており、薬品の引き出しの隣に配置していたため取り間違えてしまっていた。	薬品の引き出しのテグレートール錠100mgとテオドール錠100mgの配置を両端に離した。また、薬局内に掲示の取り間違え注意医薬品のリストに加えた。	テグレートール錠100mg	テオドール錠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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者ハ医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
97	施設入居者の薬品を分包し、お薬カレンダーにセットした後、別の薬剤師が監査をしたところ、本来調剤されるテグレートール錠200mgが、誤ってテオドール錠200mgで調剤されていた。	処方箋の読み取りミスで、薬品名が類似している全く別の薬品を調剤してしまった。	今後は、処方箋を慎重に読み取り、患者の既用歴をきちんと把握しておく。その後、テグレートール錠をジェネリック医薬品に変更した。	テグレートール錠200mg	テオドール錠200mg		テオドールとテグレートールの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者ハ医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
98	事務員さんが計数調剤時に、違った薬を調剤。監査時に薬剤師が発見した。	お互いの薬の配置については、テグレートールが薬品棚にあり、テオドールは薬品棚の下の引き出しにある。かつ、普通薬と劇薬での括りになるので、場所も離れている。事務員さんはベテランではあるが、思い込みによる調剤があったものと思われる。	同じような間違いやすい名前が近くにあるような事例があれば、注意喚起の札などを設置し、間違いが起きないように心掛ける。	テオドール錠200mg	テグレートール錠200mg		テオドールとテグレートールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
99	本来、ベギンクリーム20%が処方されるべきところ、誤ってベギロンクリームが処方されていた。監査時に処方量が100gと多いこと、今までの処方歴から誤りに気づき、疑義照会のうえ訂正・変更となった。	処方入力される際、最初の2文字が同じであるための選択ミスであると思われる。	薬効と処方量(通常より多くないか)、患者様の処方歴を確認する。	ベギロンクリーム0.5%	ベギンクリーム20%		ベギンの販売名は、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: 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	
100	<p>ベギンクリーム処方のベキロンクリームで調剤。ベギンクリームはほぼ初めての扱いであった。(1)処方箋と名称の似通った普段名前を見慣れた薬を入力後、処方箋と内容を照らしあわずに入力終了。(2)処方を見誤って普段見慣れた薬をピック、処方と入力内容の違いにも気づかず。(3)(1)(2)と同様見慣れた薬と間違えてチェック、入力自体が間違っていた為機械による監査にも引っかからずに通過。</p>	<p>通常に比べて一時的に集中して忙しい時間帯で有った様子。入力調剤に関わっていない事務職員が繁忙時間帯を過ぎてから発見したことから忙しい時間帯のパニック的なものも一因と考えられる。また通常から類似名称の医薬品や規格の違いの医薬品などの取り違えをしないよう指導はされていたが慣れによりチェックが疎かになった可能性が高い。</p>	<p>1つの作業について最低2回以上、例えば最初と最後に内容をチェックする。声出し指差し確認を必ずする。繁忙時間帯のぐちゃぐちゃを防ぐ為、一定時間を区切って管理者もしくは代行者が作業行程の整理をする。当薬局にて取り扱っている薬が全てではないということを知ってもらい、名称確認をしっかりとるよう指導する。</p>	<p>ベギンクリーム 20%</p>	<p>ベキロンクリーム 0.5%</p>		<p>ベギンの販売名は、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。</p>
	<p>患者の聞き取りに於いて症状と選択薬について疑問・違和感が有ったにも関わらずそのまま渡す。患者が帰ってから処方箋を見た事務職員が薬が違うのではと指摘して発覚。作業当事者は指摘まで気づかず。患者に連絡、既に数回使用するも今のところは影響は見られていない。薬の間違いを説明しすぐに使用を休止を指示。指定の薬は扱いが無く同効のケラチナミンに変更可かを患者に確認し了承を得てすぐ正しい薬を自宅に発送し、領収金差額については後日薬局時に対応と確認。</p>						

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
101	アロプリノール錠とアロチノロール錠の取り違い。計数調剤のため事務員に補助をしてもらっている中で薬剤師の確認の段階で気づき、処方内容に基づく内容に修正して調剤完了。	サロベール錠100mgの販売名称変更によりアロプリノール錠100mg「DSP」となったことにより、品名が非常に似ているアロチノロール錠100mgとの取り違いが起きた。以前であれば、ピッキング後の処方箋と突合せのほかアシストシートでも確認していたためサロベールとアロチノロールの取り間違いに気づくことがあったが、名称変更により名称の類似性が高まったことでスルーしてしまったことも考えられる。また当薬局においてはアロプリノール錠のほうが使用頻度も高いため思い込みでピッキングを実施したことも要因となっていたと推測する。	名称変更品目の周知徹底を実施するとともに名称の類似性が高いものについてはカセット棚への注意喚起の貼付など徹底していく。	サロベール錠100mg	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
102	アロチノロール10mgの処方があったが、アロプリノール100mgをピッキングしていた。監査にて発覚の為、患者への交付はなかった。	名称の類似があったため勘違いしてピッキングした。他の業務に意識が偏った状態で調剤業務に従事していた。	ピッキング前に前回の薬歴を確認して処方監査を行う。ピッキング時の声だし確認を行う。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	アロプリノール錠100mg「日医工」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

**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	
103	サロベールがアロプリノール「DSP」に名称変更。一包化の機器の薬品名マスタを更新する必要があり、サロベールを消去、アロプリノールを作成した。一包化を作成の際、アロプリノール錠100mg「DSP」のマスタを選択するつもりが、すぐ上のアロチノロール錠10mg「DSP」を選択していた。調剤の前に気づいた為、その場で修正することができ、健康被害もなかった。	これまでの名称（サロベール）であれば発生しなかった。今回の名称変更により、屋号を含めて薬品マスタが非常に似通った名称が並んだため、誤って選択する原因になったと考えられた。	一包化の使用量の少ないアロチノロールのマスタに「類似薬あり。注意！！」と追記することで注意喚起し、再発防止とした。上記事例を職員に周知した。			アロプリノール錠100mg「DSP」	アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
104	アロチノロール錠10mgを取らないといけないところアロプリノール錠100mgをピッキングしてしまった。	ヒート棚が並びになっていた。取り間違いがあったことにより、名前が似ていると気づいた。	ヒート棚を話、名称類似薬有という札を付けた。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「サワイ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
105	当患者が処方箋を持参し来局。アロチノロール錠5mgが処方となっていたが、調製者(事務員)が誤ってアロプリノール錠50mgを調製し、監査に回った当局薬剤師が誤りに気づき報告。再調製し、正しいアロチノロール錠5mgを調製した。	名称類似による誤り。また事務員は新入社員を教育中で注意力が薄れていた可能性もある。	周知し、調製時・監査時の確認を徹底することとした。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロプリノール錠50mg「DSP」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	アロプリノール100mg「DSP」が処方されていたが患者さんにアロチノロール10mg「DSP」を調剤してしまった。渡した後すぐに気づき電話に手患者さんに報告。すぐだった為服用されなかった。	調剤棚の並びが原因。上下に並んでいた。	アロチノロールの保管場所をを引き出しに変えた。	アロプリノール錠100mg「DSP」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
107	処方箋にはロイコボリン(5)が新規で処方されており、処方内容や治療を考えるとロイコボリン(5)が処方されることに対して不審に思い疑義照会。医師がロイコン(10)を入力するところを間違えてロイコで検索しすぐに出たロイコボリン(5)を誤って登録していた。結果、ロイコン(10)の処方に変更となった。	調剤システムでは頭文字3つなどで検索する機能が多く、今回も検索結果を誤って登録してしまった様子。処方内容に対して意識していなければそのまま出していたかも入れないが、患者の背景や治療について薬剤師が聞き取りをしていたおかげで誤りに気づく事が出来た。	処方内容についてただ調剤するのではなく、処方内容を踏まえて治療を想定し妥当かどうかを吟味する必要あり。	ロイコン錠10mg	ロイコボリン錠5mg		ロイコンとロイコボ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	
108	クレンプテロールの一般名処方を入力後にトニール錠10mgと入れたのに、ピッキングをトフラニールと勘違いした。すぐに薬剤師が気づき問題なかった。	名称が、間違えやすい薬剤だった。	間違えやすい薬剤には、印をつけて喚起する。	トニール錠10μg	トフラニール錠10mg		トニールの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
109	タケルダが処方されていたところをタケキャブをピッキングした直後に別案件でその場を離れたため確認が不十分だった	処方箋の見間違い	処方箋確認をしっかりと行う	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。
110	タケキャブ10mgを調剤するべきところをタケルダを調剤。監査時に気付いたため患者への影響はなし。	名前が似ているため間違えてしまった。事前に事例報告でそういう間違いがあることをスタッフ間で共有していたが、錠剤の大きさが違うのでまさか間違えるはずがないと思ってしまいました。以前から名前が似ている薬の取り間違いの報告があるのに似たような名前で製品を出してきたことも間違える背景になったと思います。	スタッフ間で再度気を付ける、注意するよう話合いました。	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: 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	
111	土曜日繁忙時当薬局では調剤数少ないタケルダが処方。「タケ～」のみ目に入り汎用品のタケキャブ10mgを調剤。監査時にミスに気づく。減多にでないタケルダと汎用品タケキャブの慣れによるピッキングミス。	タケキャブ10が汎用、タケルダは減多に処方されない。タケキャブ10は手に取りやすい薬品棚管理。タケルダは引き出しの奥にあり。「タケ～」だけでは簡単にタケキャブ10へ手が行ってしまう現状。	未だ採用していないタケキャブ20を敢えて新採用し、タケルダを引き出しから薬品棚へ移動させ、「タケキャブ10」「タケキャブ20」「タケルダ」と3つ並べることでピッキング時に気付きを得るよう改善。	タケキャブ錠10mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
112	忙しい時間帯であった。薬剤師も少ない状態。印刷機のトラブルもあり、全体的に忙しかった。以前からの患者。処方薬は内服、外用ともに多い。外用薬を揃える際、外観がアルミ袋であり似ていて、棚に並んでいたため取り違えてしまった。投薬時も外観に惑わされ確認が疎かになってしまった。処方歴多く、話が内服薬に集中し外用薬に至らなかった。	思い込み。いつもの薬と思い注意力欠如。患者混みあい、気持ちも急いでいた。	いつもの薬の時こそ注意必要。複数人で確認。取り間違いないよう、薬の配置を変える。	スチックゼノールA	スマルスチック3%		スマルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
113	剤型、外観が似ている為の、取り間違い。	同じ、さ行で近い位置に保管してあった為、処方の少ない、スチックゼノールの方を別の位置に変更しました。	ダブルチェックで防げたので、ダブルチェック体制を引き続き続けていきます。	スチックゼノールA	スマルスチック3%		スマルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	<p>スチックゼノール120gが処方されていた。薬剤師A(職種経験数30年)はスチックゼノールを調剤するところ誤ってスミルスチックを調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師B(職種経験数4年)は、誤りに気付かなかった。投薬した薬剤師C(職種経験数6年)も誤りに気付かず、患者に交付した。次月来局時に、患者からの申し出で誤りが発覚し、謝罪した。</p>	<p>スミルスチックとスチックゼノールは名称が類似している上に、どちらもアルミ包装されており、外観も類似している。調剤した薬剤師A(職種経験数30年)は普段は別の店舗に勤務しており、久しぶりに当店舗に勤務していた。鑑査した薬剤師B(職種経験数4年)は当店舗りに4年勤務しており、よくない慣れがあった。</p>	<p>スミルスチックとスチックゼノールの棚番を横並びから離して、棚の薬剤名を大きく見やすくした。薬の外観だけでなく、必ず薬剤名を確認するよう徹底する。</p>	スチックゼノールA	スミルスチック 3%		<p>スミルスチックの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。</p>
115	<p>アレロック錠5mg 1錠の処方箋に対してアテレック錠5mg 1錠を調剤した。調剤交付時に気づく。患者には正しい薬を交付した。</p>	<p>ア行のところに置いてあった為、間違えて出す直前でした。就業間近で気持ちに焦りがあった。</p>	<p>鑑査や交付の際、処方内容と薬袋の二重のチェックするように気をつける。</p>	アレロック錠5mg	アテレック錠5mg		<p>アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
116	<p>患者さんが多く来局される時間帯で、引き出しの中で並べて置いてある、アテレック錠とアレロック錠を間違えて取り出した。</p>	<p>焦っていたのと、薬が並べて置いてあるため、間違えてしまった。</p>	<p>保管場所を工夫して、離して保管することとした。</p>	アテレック錠 5	アレロック錠 5		<p>アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
117	当該患者は後発医薬品希望。処方箋はアレロック錠5mgの処方だったが、アテレック錠5mgと読み違えてしまい、後発品であるシルニジピンを調剤。鑑査時に鑑査者が気づき、オロパタジンで調剤し直して交付。	薬局が混雑していて、急いで調剤していた為薬品名を読み違えた。急いでいた為、指差しと声出しでの確認を怠っていた。	指差し、声出し確認の徹底	オロパタジン塩酸塩錠5mg「MEEK」	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
118	69歳女性患者にアテレック錠5mgが処方されたが、間違えてアレロック錠5mgで調剤していた。鑑査者が気づき、正しくお渡しすることが出来た。	当薬局ではアテレック錠5mgはほとんど使わない薬のため、思い込みでしっかり確認せず調剤してしまった。	調剤時、鑑査する前に調剤者が改めて1文字ずつ確認することを徹底いたします。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
119	アレロックとアテレックを見間違えた	名前が近いのに近くに入れていた	場所を変える	アレロック錠5	アテレック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
120	アテレック錠5mgを処方しなく てはいけなのにアレロック錠5mg を処方	名称類似には注意	名称類似品目を日頃から確認する ようにする	アテレック錠5mg	アレロック錠5mg		アレロックとアテレック の販売名類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
121	スチブロン軟膏が頻繁に処方され ており、スルプロチン軟膏は初め て処方された。当時、薬局にい た職員はスルプロチン軟膏がある ことを認識しておらず、普段処方 されているスチブロン軟膏である と思い込んでいた。	入力者、鑑査者、投薬者 全員と もスルプロチン軟膏があることを 認識しておらず、類似名称から普 段処方されている。スチブロン軟 膏と思い込んだ。%の数値が異 なるが、思い込みからスルーして しまった。	スチブロン軟膏とスルプロチン軟 膏の類似名称薬品があることを勉 強会で周知した。スチブロン軟膏 処方患者全員の薬歴頭書きにスチ ブロン軟膏とスルプロチン軟膏 類似品注意と注意喚起のメモを記 載した。	スルプロチン軟膏1%	スチブロン軟膏0.0 5%		スチブロンの販売名は、 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: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	2020年11月6日、18:00過ぎに平素より当薬局を利用している患者(69歳男性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはバルデス軟膏10g 1日2回 陰部 塗布と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数20年)はバルデス軟膏を調整する所を誤ってパンデル軟膏を調整し、鑑査システムにまわした。薬剤師Aが鑑査システムにコードを読ませた所エラーが出て調整ミスに気付いた。薬剤師Aはバルデス軟膏を正しく調整し、再度鑑査システムを通した。鑑査で誤りに気付いたのため、患者には正しい薬を交付した。	薬品名が類似していて、薬は50音順に配置しているため、薬棚でも近い所に保管してあった。	類似薬ありとポップにて調剤過誤防止に注意を促した。	バルデス軟膏0.05%	パンデル軟膏0.1%		バルデスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
123	一般名デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mgで処方されていて、当薬局該当品目はアストマリ錠15mgだったがアストミン錠15mgを調剤してしまった。	夕刻の時間で集中力が途切れていたのであるかもしれない。	スタッフ全員にアストミンとアストマリの在庫があることを周知	アストマリ錠15mg	アストミン錠10mg		アストマリの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
124	一般名 プロカテロール塩酸塩錠 25 μ g 3錠3 \times で処方あり通常、2錠1 \times か2 \times で処方されるため違和感を感じた。患者さんへ症状を伺ったところ、呼吸器系の症状ではなく、消化器系の症状を訴えていた。疑義紹介を行ったところ、トリメプチンマレイン酸塩錠へ訂正された。	商品名『メプチン』と『メプチット』の処方箋への記載間違いと思われる。	用法用量の確認、患者への問診もしっかり行い、本当に処方がふさわしいか確認することがより一層重要と考える。			プロカテロール塩酸塩錠 25 μ g 「サワイ」	メプチットの販売名は、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。
125	門前の医院の処方を、長きにわたりご利用くださっている患者様で、他病院の泌尿器科の処方箋をお持ちくださって処方内容が、前立腺の既往歴があるにも関わらず、一般名処方で、ベンズプロマロン5mgが処方されており、たまたま門前の医院でも、フェブリクが処方されており、疑義照会をしたところ、ユリーフを処方したかったのに、ユリノームとオーダミスでさらに一般名変換にてベンズプロマロンだ処方箋に記載されてしまったとのことが判明しました。文字とおり、ヒヤリしましたが、本来の処方であったユリーフを患者様に無事お渡すことができました。	処方医がたまたまいつもの主治医から、他の医師に変わった直後だったらしく、処方医名が変わってないかは必ず確認し、同時にあたりまえのことはと思いますが、ただ単に、ユリーフとユリノームが名前が似ているだけでなく、レセコンに一般名への処方名変換するときのシドロシンとかベンズプロマロンとか絡めてひろげながら、注意することが必要なと思いました。あと泌尿器科なら、基本的には、泌尿器のお薬がでるよなとかめちゃくちゃ基本に戻ることが意外と大切かもと思いました。	事務さん含めスタッフ全員へ、ユリーフとユリノームの類似名の再確認と、保管場所の際改善（物理的に離す）あと、ラベルに商品名しか記載していなかったものは、一般名も重ねて記載するようにしました。	ユリーフ錠 4mg	ユリノーム錠 50mg		ユリノームとユリーフの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
126	<p>アスペノンカプセル20mg3C、ムコダイン錠500mg3T 毎食後7日分という処方せんを受付アスペノンカプセルの在庫がないと調剤者から相談あったが、7日分の処方である事、ムコダインが同時に処方されている事を鑑みて、アスペリン錠の記載間違いではないかと考えた患者本人に不整脈が無いか確認したところ、それは無い、咳の薬が出ているはずだと返答あり疑義照会しえアスペリン錠20mgの間違いである事を確認した</p>	<p>類似名称による処方せん記載間違い</p>	<p>処方の組み合わせや患者の訴えなどから、記載間違いの可能性のある事を考える薬局内で今回の事例について周知する</p>	<p>アスペノンカプセル 20</p>	<p>アスペリン錠 20</p>		<p>アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
127	<p>定期来局の患者さんの処方箋にノルバスク錠10mgが新規追加されていた。薬局事務員がレセコン処方入力の際に類似名称で同規格のノルバデックス10mgで入力し、調剤者(薬剤師)が気がつき間違いを指摘して入力を訂正した。</p>	<p>類似名称によるレセコンの処方入力ミスが先にあり、さらに入力した薬品名称の再確認が徹底されていなかったためと考えられる。</p>	<p>処方入力時に入力内容の再確認を徹底すること。類似名称がある医薬品にはシステム的に(類似名商品あり)などのエラーチェックがかけられるようにする。</p>	<p>ノルバスク錠 10mg</p>	<p>ノルバデックス錠 10mg</p>		<p>ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	処方せん内容の一つにエクセグラン錠100があり、患者に症状を確認したが薬の適応と一致せず、患者が急いでいたこともあり違和感をもったまま薬を交付してしまった。交付後すぐに、病院の薬剤部に問い合わせし、カルテ情報を確認してもらったところ、やはり症状と薬が一致しなかった。医師に確認したところ、エクセグラン錠ではなく、エクセラール配合錠であった。すぐに患者に連絡し薬を変更した。	病院側が薬剤名の類似している効能の異なる薬剤を処方した。薬剤師が交付時に症状を確認し違和感を覚えたが、薬剤の用法にも問題がなく、患者が急いでいたこともあり薬を渡してしまった事例である。	疑義を行う際は、患者が急いでいても出来るだけ待ってもらえるように、うまくコミュニケーションをとる必要がある。			エクセグラン錠100mg エクセラール配合錠	エクセラールとエクセグラ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	
129	カナリア配合錠とジャヌビアの処方記載あり、薬品名用量等確認した。「カナグル」と入力するところ「カナリア配合錠」を入力してしまったことが判明した。	薬品入力時の選択方法の不備またはマウス等操作ミス	薬名の類似するものを在庫している場合、薬効・用法・併用薬等を再確認する事。	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検討しているところである。
130	カナリア錠とトルリシティ皮下注の処方があり、DPP4阻害剤とGLP-1受容体作動薬の併用になるため疑義照会。カナグル錠処方のところ、入力間違いでカナリア錠が処方された。	カナグル錠のところ、カナリア錠が処方されており、名称が類似しているためと考えられる。	商品名と薬効の理解を深める。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を検討しているところである。
131	カナリア配合錠服用中の患者様の処方が、血糖コントロール悪化の為、トルリシティ皮下注0.75mgアテオスとテネリア錠20mgに変更となっていた。交付時に、「Drが作用が似た薬を抜きますと言っていた」とのお話あり。トルリシティとテネリアでは薬効が類似しており、カナリア配合錠からテネリアに変更ではなく、カナグルに変更ではないかとの疑義照会を行い、カナグルに変更となった。	カナリア配合錠から、トルリシティと類似する作用の薬を抜くとのことだったが、勘違いが単純なミスでテネリアの方を残してしまっただけと思われる。	薬が変更になった時は、患者様から変更の理由などお話をよく伺い、その変更が間違っていないか判断する	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を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	
132	以前からカナリア配合錠服用の患者さまに新規にテネリア (20) が処方追加。普段からカナリア配合錠の処方頻度少なく、またこれまでテネリアが40mgで処方されることがなかった医療機関のため併用で良いか念のため疑義照会。テネリア (20) 削除、メトグルコ (500) が処方となる。	カナグル錠とカナリア配合錠の名称が似ているため継続服用中のカナグル錠にテネリア錠を追加処方の意図だったのではと推察	配合錠の処方が増えているので処方追加時は特に成分の重複に注意する	カナリア配合錠 テネリア錠 20mg	カナリア配合錠 メトグルコ錠 500mg		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検討しているところである。
133	R1・9/19にジャヌビアで類天疱瘡の副作用があった。内科医師がDPP4を含有してないと考え、カナリア配合錠に処方を変更した。その後、体に水疱が出来て皮膚科に通院した。当薬局では、カナリア配合錠は調剤してない。しかしながら、お薬手帳で併用薬変更の確認は行っていた。R2・10/21に内科医師がカナリア配合錠にDPP4が含まれることを確認した。カナリア配合錠からカナグル錠に変更となる。	内科医師が、DPP4で類天疱瘡の副作用のあった患者に、それを含まないと思い込んでカナリア配合錠を変更処方した。名称が類似しているため、混同したのではと類推する。当薬局では、患者のお薬手帳の提示があり、疑義紹介をする機会があったにもかかわらず、失念した。患者はカナリア配合錠の水疱に1年間悩んでいた。皮膚科領域の症状と、薬の重篤な副作用を結び付けて考えることが出来なかった。糖尿病領域・血圧関係の薬は配合錠が多いので、その成分の確認が重要であると考え。	当薬局では、皮膚科開業医の処方を応需する機会が多い。皮膚科領域の薬の副作用は多岐にわたり、今回の類天疱瘡・TEN・STJなど重篤なものがある。皮膚科領域の重篤な副作用を有する薬剤の服用を確認したときは、皮膚の症状がその副作用かもしれない、という心構えを持って鑑査しなければならない、と強く考えた。薬の添付文書を素早くインターネットで閲覧できるシステムの導入があったにもかかわらず、今回はそのシステムなどを生かしきれてなかった。これからの課題として取り組みたい。			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	
134	カナリア配合錠処方患者に新たにトルリシティ皮下注が処方追加になった。カナリア配合錠にはDPP-4阻害薬であるテネリグリブチンが含まれており、トルリシティ皮下注とはいずれもGLP-1受容体を介した血糖降下作用を有しているため疑義照会を行った。カナリア配合錠はカナグル錠へ変更となった	カナリア配合錠にDPP-4阻害薬が配合されていることに気が付かなかった。またはトルリシティ皮下注とDPP-4阻害薬はいずれもGLP-1受容体を介した血糖降下作用を有していることを忘れていた。	DPP-4阻害薬とトルリシティ皮下注が併記された処方せんを受け付けたときは必ず疑義照会できるようにトルリシティ皮下注の在庫保管場所に「DPP-4阻害薬と併記されていたときは必ず疑義照会する」というメモを貼っておいた	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検討しているところである。
135	不眠の症状があると受付時話されていたが処方されているものがてんかんの薬であるマイスタン錠であるため症状と処方が異なると考え問い合わせ。マイスタン→マイスリー錠に変更となった。	薬品名の類似	受付時に情報収集。類似薬注意のPOPなどを利用	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
136	クリニックでマイスタン錠5mgを処方された患者が来局。以前より同クリニックを定期的に受診し、ここ最近では睡眠薬を色々変更して試していることが当薬局の薬剤服用歴にて確認された。今回マイスタタンが初めて処方されたので、患者に「新しい薬が処方されているが、医師から何か聞いているか」とたずねると、「導眠剤を変更すると医師に言われた」と返答があった。マイスタタンは抗てんかん薬であるため、クリニックに問い合わせたところ、マイスリー錠5mgに処方変更になった。	マイスリーとマイスタタンは薬品名が類似しており、規格も同じ5mgであったため、処方医が間違えて入力したようである。	薬が変更・追加になった患者には必ず聞き取りをし、「どのような症状でこの薬が処方されたか」「薬の変更について医師から何か聞いているか」等を確認する。また、薬交付前には薬剤服用歴に目を通し、患者のこれまでの状況を確認するとともに、処方薬の妥当性について考えるようにする。	マイスタタン錠 5 mg	マイスリー錠 5 mg		マイスリーとマイスタ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	不眠症状が続いている患者に、現在服用している睡眠薬が効かないとの事で、眠剤変更していたが、マイスタタンの処方が出ていた。	医師の知識不足と打ち間違いが原因。医師とコミュニケーションを取り、薬の知識がない事を薬局に教えてくれていた、又患者としっかりコミュニケーションを取り、症状を把握していたので発見できた。	同医師に関しては、引き続き処方内容（特に追加薬等）については効能効果、薬剤名も含め監査する事を、局内会議で話し合い周知した。	マイスタタン錠 10 mg	マイスリー錠 10 mg		マイスリーとマイスタ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	てんかんや痙攣性疾患がなく不眠を訴える患者に対し抗てんかん薬が処方された	医師の入力ミス	処方された理由が想像できなければ疑義照会する	マイスタタン錠 10 mg	マイスリー錠 5 mg		マイスリーとマイスタ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	
139	服薬指導時に患者より不眠の訴えがあり、マイスタン錠に不眠症の適応がないことから医師に問い合わせたところ、マイスタン錠からゾルピデム錠へ薬剤変更になった。	マイスタンとマイスリーは頭3文字が同じであるため、医師が入力を誤って処方したと思われる。	可能な限り患者から症状を聞き取ったうえで服薬指導を行う。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「KMP」		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	マイスタン錠 5 m g 服用患者転院後、継続薬としてマイスリー錠 5 m g 処方。	薬剤名称類似によるミス。	監査徹底。	マイスリー錠 5 m g	マイスタン錠 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。
141	前回までマイスリー 5 m g を服用中の患者に、マイスタン錠 1 0 m g が処方されていた。患者に体調変化等を確認したところ、最近眠れないので薬を増やすことになった、とのことである。最近の訴えはなく、マイスリー 1 0 m g との処方ミスではないかと考え疑義照会。マイスリー 1 0 m g に処方変更となった。	薬剤の頭文字が「マイス」まで同じで類似しているため、処方時に選択間違いされたのではと推測される。	処方変更時は薬歴と照らし合わせ、患者本人の訴えと変更ないよう齟齬がないか確認する。	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	
142	今までニトラゼパム5mg2錠服用していた患者様が、今日はマイスリー10mgに変えてもらったと処方箋受付時に聞き取り。処方箋はマイスタン錠10mgとなっており、名称類似品のため入力ミスの可能性を疑い、疑義照会した。入力ミスであったことが分かり、マイスリー錠5mg2錠へ変更となった。	名称類似品同一規格	患者様から情報聞き取りの徹底、既往歴との照らし合わせ。名称類似品があることの把握。	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。
143	日頃から利用している患者様が処方箋をもって来局。電子お薬手帳を使用。普段3種類の薬を服用。今回は2剤での処方であった。マイスタン錠5mgが就寝前で処方されていた。前回の履歴と電子お薬手帳を確認したところ、マイスリー5mgが前回は処方されていた。ご本人様にも確認したところ薬が余っているので1剤減量になったがマイスリーが変更になること聞いていないとのことで医師に疑義照会した。その結果マイスリー5mg錠に変更となった。	名前の名称や規格が同様のため誤って処方してしまった可能性あり。	お薬手帳や前回の履歴、患者様とお話の中から処方内容に誤りがないか確認していく。またかかりつけ薬局かかりけ薬剤師の重要性についても確認していく	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
144	マイスリー5mgを服用していた患者様。入眠障害と睡眠障害が改善せず、マイスタン10mgに処方変更となったが、てんかん症状はない。疑義照会の結果、マイスリー10mgの誤入力であったことが判明した。	マイスリー5mgから10mgに増量の際に、電子カルテ記入時名称類似のマイスタン10mgを選択してしまったものと考えられる。	違和感を感じた際には必ず患者様から詳しい聞き取りを行い、医師に疑義照会を行う。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
145	マイスリー5mgの後発医薬品(ゾルピデム)を継続されていた方が本日増量との認識でのお話があった。マイスタン10mgが処方されていたため、類似医薬品間違いかと思い、疑義照会を行った結果、マイスリー10mgに変更となった。この処方せんは一般名処方で行われており、患者は後発希望のため、先発類似医薬品だったことに気づけたことが幸いであった	後発医薬品と先発医薬品をしっかりと覚える	引き続き、処方せん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確認していく。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
146	オメプラール錠20mg90日分、マイスタン錠10mg30日分の処方。外国人で日本語が全く話せず。英語も苦手なコミュニケーションが上手くとれず。単語のやりとりで疑問に感じ処方医に確認して処方箋入力ミスを見つ。マイスタン錠10mgからマイスリー錠10mg変更になる。	頭文字3文字入力による入力間違いと思われる。	英語圏でない外国人の場合、疑問に感じたり、処方内容が適切か本人から確認取れない場合は処方医に確認をする。	マイスタン錠10	マイスリー錠10		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	
147	屯用不眠時マイスタン錠5mg1錠の記載あり。マイスタ錠は不眠時には用いない事、過去患者にてんかんの既往がないことから疑義照会を行った。マイスタ錠5mgではなくマイスリー錠5mgに変更となった。	医療機関側の処方せん入力時に類似した商品名の医薬品を選択したと推測される。薬歴、薬の効能効果を確認したことで事故を防止できた。	監査、投薬時に薬歴の確認、薬剤の用法用量、効能効果を必ず確認し疑問が生じた場合には疑義照会を行う。	マイスタ錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	マイスタ錠5mg1日1回就寝前処方。患者より、他院で服用中の定時薬を今回新規病院で処方してもらったとのこと(お薬手帳お忘れ)。寝つきの薬に関しては、薬剤名があいまいなまま口頭で伝えたとのこと。マイスタ錠は抗てんかん薬のため、マイスリー錠5mgの間違いの可能性が否定できないことから疑義紹介。マイスリー錠5mgの間違いであったため、マイスタからマイスリーへ処方変更となった。	患者から医師へ、曖昧なまま口頭での使用薬の伝達。医師の薬剤名称の誤認	患者からの使用薬・治療歴の詳細な確認	マイスタ錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	めまいで受診した患者。不眠の訴えがあり薬を出してもらおうと患者より聴取した。てんかんの既往もなくマイスタの処方意図不明、眠剤と処方間違いの可能性があると判断、疑義照会を実施した。	処方時に類似名称薬品の選択誤りが考えられる。	薬歴および患者とコミュニケーションを図り病態の把握と不明点があれば疑義照会を実施する。	マイスタ錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
150	乳がん治療中の患者。不眠の主訴があり、薬剤追加となった。マイスタン錠5mg 不眠時 10回分が処方されており、処方医にマイスリー錠5mgでないかを疑義照会。マイスリー錠5mg 不眠時 10回分へと変更になった。	薬剤名の頭文字が同一であることによる処方入力の誤り	新規薬剤については添付文書を確認し、適応症・用法用量の確認疑わしい場合には先発品を含め、名称類似薬がないかの確認を行い、その後疑義照会			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。
151	マイスタン5mg不眠時から疑義照会後、マイスリー5mg不眠時に変更。	レセコン入力時に「マイス」で検索して、誤った薬を選択し処方したと考えられる。	マイスタン錠 5 m g は他の抗てんかん薬と併用する薬のため、単剤で処方されることはない事を皆が把握している。	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。
152	マイスリー (10) が前回処方されていた方に、マイスタン5m g が処方された。患者に薬が変わることを聞いているか確認したところ、マイスリーを10m g から5m g にするといわれたとのこと。病院に疑義照会したところ、PCの打ち込みの際に間違えたとのこと。	PC打ち込み時、3文字入力でも候補がともにあがるため選択し間違えたと考えられる。	処方変更時、名称類似物質が出ている場合は特に患者の話をよく聞くようにする。	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。

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	
153	他医療機関からの転院に伴い久しぶりに来局される患者の処方箋を受け付けた。抗てんかん薬の『マイスタン錠10mg』が処方されていたが、お薬手帳の内容を確認したところ過去処方には抗てんかん薬はなく睡眠導入剤の類が処方されていた。患者本人からの聞き取りにおいても睡眠導入剤を出してもらわずであるとの情報を得たため、電話にて疑義照会を行った。『マイスリー錠10mg』に変更となった。	名称類似であり医薬品マスタ上も『マイスタン錠』の次が『マイスリー錠』となることから、入力の際に『マイス』でマスタから呼び出し選択する際に操作ミスを起こしたものと推定される。また確認の際にも頭3文字・剤型・mg数まで一致しているため、見落としたものと思われる。	薬手帳の確認や患者本人からの聞き取りなど処方せん以外からの情報収集を行い、処方内容に問題がないか確認していく。名称類似品目やその調剤過誤事例などをスタッフに周知し、注意すべき薬剤の情報共有を定期的に行っていく。	マイスタン錠 10 mg	マイスリー錠 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。
154	マイスタンが処方されていたが、患者様に確認したところてんかんの既往がなかったため、病院へ確認の電話を入れ入力間違いが判明した。	名称が似ているため入力ミスとなったと思われる。	薬を渡すだけでなく、可能な限り病状について確認する。	マイスタン錠 5 mg	マイスリー錠 5 mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
155	新規処方薬のマイスタン錠5mg が処方された際に薬剤師が処方入力時にてんかん患者ではないことに気づき、処方元へ疑義照会したところ、マイスリー錠5mg の間違いと判明。	処方元の処方薬確認不足。類似医薬品名による入力ミス	患者記録の病歴等と新規処方薬剤の照合。処方元にて間違いやすい薬剤をピックアップし、薬局内で共有。			マイスタン錠 5 mg	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
156	<p>普段から当局にてA医院マイスリー10mgの投薬があり。引越によりBクリニックに転院。Bクリニックよりマイスタン10mgの処方 came ためそのまま調剤。今回手帳忘れと聞いていたが、しばらくシカパンの下より見つかる。監査前に手帳を確認し、症状を聴取。すると、該当する症状もなくA医院と同じ処方をしてもらったとのこと。マイスリー10mg(正)ではないかと電話にて疑義したところ、マイスタン10mg(誤)入力であることが判明。</p>	<p>お薬手帳と薬歴を活用し、症状聴取により処方箋への転院・転記ミスによる誤投薬を防いだ。お薬手帳の活用と患者との日ごろのコミュニケーションが大切であった。</p>	<p>手帳持参の意義を根気よく説明し持参率を上げること。調剤前に手帳の提出を促す。</p>	<p>マイスタン錠10mg</p>	<p>マイスリー錠10mg</p>		<p>マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
157	<p>マイスタン(5)の処方あり。以前ゾルピデム(5)が出ていたので確認したところ、ゾルピデム(5)へ変更になる。</p>	<p>マイスリー(5)で処方しようとしていたが名称が類似しているマイスタン(5)を処方してしまった。</p>	<p>処方箋以外の情報としてお薬手帳、過去薬歴、ヒアリングから見逃し等がないよう心がけております。</p>	<p>マイスタン錠5mg</p>	<p>ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」</p>		<p>マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
158	初めて来局された方の処方箋にマイスタンが記載されていて、患者様に聞き取りを行ったところ、以前から飲んでた寝つきの薬を出してもらったとお話が合った。緑のシートで眠くなるやつと言っていたので、実物を見せて確認したところ、以前飲んでいたのはマイスリーであることが分かったため疑義照会を行った。	お手帳もなく、転院したばかりだったので以前の情報がなかった。患者様も処方箋を見ていつもと名前が違うと思ったようだが、はっきりわからなかった。先生に伝える際にもマイ何とかって言うので、寝つきをよくする薬と伝えていたため、検索システムを使う際に出てきたマイスタンを処方してしまったと思われる。	お薬手帳新しいものを作成。病院や薬局にかかる際は積極的に活用するように説明した。処方箋をうのみにせず、患者様からの聞き取りもきちんと行うようにする	マイスタン錠10mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
159	てんかんの既往歴が無い方にマイスタン錠5mgが処方。他院でマイスリー錠5mgを服用していたため、患者本人に確認したところ同じ薬を今回だすと医師から話があったことを確認。疑義照会を行ったところマイスタン錠5mg→マイスリー錠5mgに変更となった。	「マイス」と最初の文字列が同じであり、規格も5mgと同じであったため薬品名類似による誤りと考えられる。	既往歴や患者の話から処方内容が妥当であるかを鑑査～投薬にかけて検討するようにしている。	マイスタン錠5mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
160	平素より当薬局隣接医院を受診されている。不眠時にマイスリー錠の処方・服用歴があるが、今回マイスタン錠が不眠時に処方されたため疑義照会を行ったところマイスリー錠に変更となった。	薬剤名が似ているため、薬剤選択時に誤ったと思われる。	処方監査時に処方歴を確認する。処方変更や新しく処方される薬剤があるときは、患者本人に変更点および処方となった背景を確認する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
161	マイスリー錠5mg分1寝る前のところ、誤ってマイスタン5mg分1寝る前で処方。	薬剤名の類似、パソコンの薬剤選択誤りによるものと思われます。	お薬手帳の過去の処方からとプロフィール疾患名からの推察で薬剤誤りを判断。処方元に疑義を行いました。	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。
162	マイスタンの処方でしたが、ずっとマイスリーを服用中のため確認したところマイスリーの間違いでした。	いつも一般名処方のところ製品名で処方したため間違えてた。	おくすり手帳の確認や患者とのコミュニケーションを蜜にする。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
163	継続で服用している薬にマイスタン錠5mgが処方になっていた。服用が初めてで今までマイスリー5mgの服用履歴があり、医薬品の名称が類似しているため、念のため医師に問い合わせをする形となった。	医師のコンピューターのカルテの医薬品にマイスリー5mgとマイスタン5mgがあるため医師が名称を勘違いして入力したと考えられる。	マイスタンに関しては過去にも医師の入力ミスが2.3度あったため注意している	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	
164	マイスタン錠5mg 1T不眠時での処方箋にて、患者聞き取りで、不眠のため医師からは眠剤を服用するように言われたと確認。マイスタン錠5mg がてんかんの適応のため、マイスリーとの入力間違いの可能性が疑われたため疑義照会。その後ゾルピデム5mg に変更指示有。	マイスタン、マイスリーとの名称類似による入力間違いの可能性	継続して、処方薬の適応、用法用量の確認及び患者聞き取りの徹底。	マイスタン錠 5mg	ゾルピデム石炭酸塩OD錠 5mg 「日医工」		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。
165	もともと気管支喘息で治療中の患者様。フルティフォーム125エアゾールで治療していたが効果不十分にて今回処方追加となった。追加となったのは、スピオルトレスピマット60吸入であったが、これはβ2刺激薬がかぶっているため疑義照会。疑義にてスピリーバ2.5μgに変更を求めた。結果変更となり、患者様に説明した。	業務多忙により、Drの確認不足と考えられる。	呼吸器科の門前にある薬局として吸入の種類、含まれる薬剤の種類は把握できるようにしている。2種類以上の吸入薬が出るときはかぶりがないように注意するように店舗で声掛けをしている。	スピオルトレスピマット 28吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
166	吸入薬の処方変更により、シムピコート吸入薬とスピオルトレスピマットが処方された。L A B Aが2種類になるため問い合わせ。スピオルトレスピマットはスピリーバ2.5μgレスピマットに変更。	吸入薬は配合剤も多く、またメーカーによっては似ている名前を採用している。医師によるうっかりミスの可能性もある。	吸入の成分により、分類わけした在庫管理を行っている。	スピオルトレスピマット 60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
167	スピリーパレスピマットがずっと処方されていた患者にスピオルトレスピマットにて処方された。処方内容変更について患者確認したところ、変更の説明はない。他医療機関へ入院していた時には確かにスピオルトにて処方されていた(お薬手帳より確認)ため、その処方でのよいのではないかと考えたが、患者はスピリーバを出すと説明されたとのことで、疑義を行ったところ、スピリーバの処方の誤りであったとのこと。	前回処方から今回処方の際に一度総合病院に入院している患者。入院中に一度スピオルトレスピマットへ変更されていたが、退院後はスピリーバに戻すとの説明だったとのこと。 今回の処方発行医療機関からはスピリーパレスピマットのみの処方しか過去にはなかったが、処方箋にもスピオルトレスピマットにて記入されており、何かの段階で誤った情報がデータとして入った可能性あり。	今回は患者からの情報の聞き取りが無ければ発覚しなかったミスだった。今後も患者からの情報を大事にし、疑問点が生じた場合には、処方内容問題ないと感じても疑義照会を行うべきではないか。	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パ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。
168	COPDでスピオルトレスピマットが処方されている患者が喘息発作を起こしたため臨時処方でレルベア200吸入、ベネトリン吸入液が追加となった。スピオルトレスピマット、レルベア200吸入に β 刺激剤が含有されており、ベネトリン吸入液と合わせて β 刺激剤が3剤処方されることになった。疑義照会の結果、スピオルトレスピマットがスピリーパレスピマットへへんこうとなった。ベネトリン吸入液は発作時に使用のためそのまま処方。	スピオルトレスピマット、レルベア吸入とも配合剤のため含有薬剤の確認不足またはスピオルトレスピマットとスピリーパレスピマットの名称が類似しているため、勘違いの可能性もある。定期処方にスピオルトレスピマットがあったため、定期処方されていることの確認不足があり、レルベア吸入を処方したのかもしれない。いくつかの要因が考えられる。	基本的なことだが、処方追加、変更の際は、重複がないかどうか十分注意する。	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パ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	
169	以前からシムピコート60吸入を使用している患者様。シムピコートのみでは呼吸苦の症状が改善されず今回新たに吸入が追加されることになった。追加として処方となった吸入薬がスピオルトレスピマツト60吸入。シムピコートはブテゾニド・ホルモテロールの配合剤。スピオルトレスピマツトはチオトロピウム・オロダテロールの配合剤。共にβ受容体作動薬が含まれるため成分重複投与と考えられた。	名称が似ている商品のため配合内容確認間違いがあったと思われる。	処方医に両吸入薬の配合内容について説明。スピオルトレスピマツトがスピリーパレスピマツトへと変更となった。			スピリーバ2, 5μg レスピマツト60吸入 スピオルトレスピマツト60吸入 シムピコートタービュヘイラー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。
170	フルティフォーム125エアゾール120吸入処方されていた患者さんにスピオルトレスピマツト60吸入が追加処方になった。β2刺激薬が重複投与となるためTELにて疑義したところDr.はスピリーパレスピマツトを処方するつもりが処方せんに誤ってスピオルトレスピマツトと入力された模様。	名前が類似しているため誤って入力された模様。	吸入剤が2種類以上処方された場合、成分をよく確認するよう徹底する。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2, 5μg レスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリー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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
171	<p>前回、総合病院からの処方せんを受付し調剤していた。今回は近隣の診療所に受診し、薬の継続のため処方してもらったとのこと。診療所からの処方せんの記載が、一般名で硝酸イソソルビド徐放錠20mgとあった。前回総合病院からの処方は一硝酸イソソルビド錠20mgであり、今回から薬を変更するのか、それとも医師の薬品名入力の誤りか確認し、今まで通りの一硝酸イソソルビド錠20mgで良いと確認し調剤した。</p>	<p>「一硝酸イソソルビド」「硝酸イソソルビド」が類似している為、カルテ入力時に誤って登録されてしまったと考えられる。</p>	<p>薬歴やお薬手帳により、今までとの変更点を確認し、処方間違いも視野に入れ疑義紹介を行った。ただし、今回から処方変更された可能性もあるので思い込みを持たないことも重要。</p>	<p>ニトロールRカプセル 20mg</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
172	<p>患者はステント手術後の受診で以前から一硝酸イソソルビドを使っており、残薬を使い切ってから今回処方する薬を使うよう指示されている。内容は硝酸イソソルビドとのこと。一硝酸イソソルビドと比べると最大の効能は同じだが効能に個人差があり以前より効能が落ちる可能性があると判断し問い合わせをした。元の一硝酸イソソルビドで調剤するよう指示された。</p>	<p>カルテの記載ミスの可能性あり。</p>	<p>自店で取り違えやすい薬に関しては必ずチェックしておき、取り違えがないかをチェックする。また、処方が大幅に変わり変更になった際は患者などと確認し、場合によっては問い合わせをする。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 10mg「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
173	他院からの処方引継ぎ。手帳による確認にて処方薬とこれまでの服用薬との違いに気づく。患者本人に確認した所処方薬の変更などは特に言われていないとの回答。すぐにDr.に疑義照会の電話をし処方変更となった。正) 一般：一硝酸イソソルビド錠20mg誤) 一般：硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg	名称が似ているため間違えて入力した可能性あり。また他院からの引継ぎ継続薬で紹介状などの確認不足も要因と考えられる。	お薬手帳の確認や患者からの聞き取りの徹底。他院併用薬についても更新をするなど薬歴にも記載し多方面から情報確認できるようにしておく。手帳持参についてさらに啓蒙活動も行っていく。	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」		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。
174	家族からの聞き取りによると、O病院の退院後、T診療所で退院時処方と同じ内容を出してもらった話だった。お薬手帳に記載されているO病院の退院時処方と比較して、アルファカルシドール(0.5)は処方もれ、一硝酸イソソルビドが硝酸イソソルビドと記載されていたので、T診療所へ疑義照会。処方が訂正された。	T診療所からは、退院時の情報提供書どおりに記載した。という話を聞いた。連携の不備があった可能性も考えられる。また、一硝酸イソソルビドの「一」は、日ごろ処方していない医療関係者には、飾りに見えてしまう可能性も考えられる。	お薬手帳の退院時処方の内容などが無いか確認を行う。仮に手帳に情報がない場合も、ご本人やご家族に聞き取りを行い、必要なら入院していた病院へ照会を行う。			アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
175	薬局の新患で、病院でも、他病院からの紹介患者。服用中の内容で継続とのことだったが、手帳には一硝酸イソソルビド錠20mgと記載があるのに、処方箋には【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgと記載あり、疑義照会した。	一般名が類似しているのので、先生が入力を間違えたのではと推察される。	新患が多いので、継続服用なのか、変更なのか、先生からどのように聞いているか、聞き取りを徹底している。	【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mg	【般】一硝酸イソソルビド錠20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
176	他院より今回の処方医へ転院。同じ薬処方とのことだった。お薬手帳にて、一硝酸イソソルビド錠20mgを服用していたと確認したが、処方箋では一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mgとなっており、相違があった為疑義照会した。一般名:一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	名称が類似しているための間違いと思われる。	-	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10mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
177	介護施設入居者で、前の医院からの継続薬を、施設往診のクリニックがそのまま処方を受け継いだ時の初診時に、継続していた一硝酸イソソルビド錠(20)のところ、硝酸イソソルビド錠(20)で処方が交付された。	他院からの情報が正しく、往診クリニックに引き継がれなかったこと、または見誤りによることが要因として考えられる。	他院の継続薬に関しては、お薬手帳などをもとに、以前の処方との相違点などを必ず確認すること。介護施設や担当ケアマネジャーなどより、最新の患者情報を得ること。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
178	これまで既往歴でアイトロール錠20mgであったが、一般名処方の際、硝酸イソソルビド徐放錠20mgと記入していた。以前も別の医療機関でも似たような事例の間違いがあったので一般名:-硝酸イソソルビド錠20mgではないか疑義照会を行い訂正した。	以前の報告事例もあったが、硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠が似た名前であること。	スタッフに共有して今後も発生する可能性があるので周知していく。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
179	当薬局初めてご利用の患者様。ニトロールRカプセル(硝酸イソソルビド)が処方された。お薬手帳より、他の病院で一硝酸イソソルビドを継続して服用していたことを確認。患者様にお伺いすると、かかりつけの病院の担当医師が長期不在のため、今回初めての病院を受診し、同じ薬を出すと言明があったとのこと。薬の名前が似ているため間違えて処方されたことを疑い疑義照会した。その結果、一硝酸イソソルビドに処方変更になった。	薬の名前が似ているため間違えたと考えられる。	お薬手帳の情報をよく見る。	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」		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。
180	入院前の外来処方(一般)一硝酸イソソルビド錠。退院して外来初回での処方が(一般)硝酸イソソルビド徐放錠。変更になったと思念のため疑義で入力誤りが発覚。	類似名の存在一般名処方の類似名が多すぎると複雑化	類似名(一般名含む)の薬剤の把握、注意喚起	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
181	<p>狭心症の症状が安定しないために総合病院で治療していたが、落ち着いたために逆紹介で医院を受診した。総合病院受診時もずっと継続して処方箋を持ってきていたので、処方薬が一硝酸イソソルビド錠20mgから硝酸イソソルビド徐放錠20mgに変わったが、先生から説明を聞いているか患者に確認したところ、変わっていないはずだとのこと。疑義照会したところ処方医が対応し、一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド徐放錠20mgは違うものなのか?とのことで、適応症など薬の説明をして一硝酸イソソルビド錠20mgの処方に戻して変更してもらった。</p>	<p>一般名処方では似たような名前のために、間違えて処方してしまったと思われる。</p>	<p>処方元や処方医が変わった場合は、いつも来局してくれている患者様でも、思い込みで入力や調剤をせず、きちんと処方箋監査も時間をかけてするように注意し心掛けた。</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「サワイ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠20mg 「サワイ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
182	<p>他院からの転院患者。紹介状はなくお薬手帳の持参のみで処方を引き継いだ。もとの処方薬は「一硝酸イソソルビド錠10mg 1錠 就寝前」だったが、名称の類似する「硝酸イソソルビド徐放錠20mg 0.5錠」の処方となる。処方には変わらないと説明を受けているとの患者の話があること、処方薬は徐放性製剤のため0.5錠の処方では放出制御の特性が失われることより疑義照会。一硝酸イソソルビド錠10mg 1錠に処方の変更となる。過去にも同医師は同じような転院時の処方ミスをしたことがあり、疑義照会にて処方変更となったことがあった。</p>	<p>処方医は普段一般名でレセコンでの薬品選択をしておらず、先発品で選択するが処方箋に印刷される際に一般名に置き換わるような仕組みを利用している。お薬手帳のジェネリック名をみても該当する先発品が思い浮かばず、インターネットで調べてフランドル錠を選択したとのこと。一硝酸イソソルビド錠20mgは採用薬だが、10mgは採用薬ではなかったため、取り扱いのある薬剤に置き換えようと考えたものと思われる。一般名だけではなく規格も類似するために勘違いが生じたものと思われる。普段一般名にて処方を選択していないことも要因の一つだと考えられる。</p>	<p>類似する一般名の表を作成し掲示して注意喚起をしている。疑義照会の事例を共有し再発防止に努める。</p>	<p>フランドル錠 20mg</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 10mg 「トーワ」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
183	<p>地域の基幹病院で入院後、地元の診療所での処方が退院時処方の一硝酸イソソルビド20mg錠ではなく、硝酸イソソルビド徐放錠20mgであった</p>	<p>類似医薬品名のため退院時処方を見間違えたと思われる</p>	<p>類似医薬品名の薬にはアテンションの札をつけている</p>	<p>硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」</p>	<p>一硝酸イソソルビド錠 20mg 「タイヨー」</p>		<p>一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
184	処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠」と記載。患者さんから、「他院からの転院、同じ薬を継続希望」とのことなのでお薬手帳を確認。他院では「一硝酸イソソルビド錠」で処方を受けていたため疑義照会。紹介状を再度確認していただき、訂正となる。	患者さん自身も「イソソルビドで同じ」と話され、服用していた薬について把握していなかったため混乱。お薬手帳で確認後、医師に連絡、医師も「イソソルビド」で同じものと認識していた模様。	患者さんからの詳しい聞き取り、お薬手帳の内容の確認を徹底する。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 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。
185	足腰の悪くなった患者が近くの病院に転院を希望し紹介状を持って受診した今まで一硝酸イソソルビド錠20mg が処方されていたが新規の医療機関で処方されたのは硝酸イソソルビド徐放錠20mg だった疑義照会の結果 今までと同じ一硝酸イソソルビド錠20mg に変更になった	薬剤名 一般名処方似ているため	該当薬2種類の 薬の棚に似た名前の薬品があるため注意と注意喚起している	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分: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	
186	95歳男性、かかりつけと思われる当該医院がコロナ感染の為一時的に閉鎖となり他医院を受診し同じ薬を希望したと思われる。手帳ではニトロールRカプセルが記載されていたが、一硝酸イソソルビドの普通錠で処方箋に記載されていた。患者に確認したところ医師から薬の変更については何も聞いていないとのことだったので、処方医に電話で確認。その結果ニトロールRカプセルで出すところを、誤って一硝酸イソソルビドで処方していた事が発覚しニトロールRカプセルに変更するように処方医に指示有。	急な閉院の為医師からの紹介状がなかったと思われる。お薬手帳の確認、本人からの確認も高齢の為不十分だったのかもしれない。	近隣の医院の閉鎖であるため、同じような患者は来られると思われる。調剤前鑑査時にお薬手帳を基に、患者への聞き取りを十分におこなう。	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「サワイ」	ニトロールRカプセル 20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
187	硝酸イソソルビド徐放錠(20) 2錠 分2 → 一硝酸イソソルビド(20) 2錠 分2変更	手書きカルテを受付で入力する際、入力を間違えた。	本人、受付、医師への問合せを入念に行う。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
188	他のクリニックからもらっていた薬（一硝酸イソソルビド）も今回いつも定期的に受診してる違うクリニックから処方してもらうことになったが、定期的に受診してるクリニックからは硝酸イソソルビドが処方なった	医師の薬剤に対する確認不足	定期的に受診してるクリニックに電話で疑義照会し一硝酸イソソルビドに変更になった	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」		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。
189	定期的に受診していたが、緊急入院をし他の病院からの継続処方にてお薬変更あり。硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されたが、お薬手帳確認したところ他病院では一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたため疑義。	類似の薬剤名称のために入力間違いがあり	薬局でも取り間違いや入力間違いの可能性もある薬剤なので、お薬の箱に間違い注意喚起を記載したり、監査時に一硝酸イソソルビドの一に〇をつけたりし注意するようにしています。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」		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。
190	在宅訪問の、患者の初回処方時に類似名称の薬剤の処方ミス。疑義照会の上で、今まで服用していたものと同じ内容で処方に変更となった。	薬剤名称の類似性とそこに対する知識の不足	初回処方時に、情報提供書の情報との相違点が無いか確認を行う。情報が古い可能性まであるので、在宅患者の現在の服用中の薬の確認まで必ず行う。	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、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
191	退院処方がアイトロールであったため一硝酸イソソルビドではないかと思い疑義紹介し変更となった。	一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド錠の選択ミスと考えられる	薬歴の確認と退院処方の記載を必ず薬歴に残す。変更薬があれば必ず確認する。	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
192	耳鼻科からの処方箋で【般】ベポタスチンベシル酸塩錠10mg が処方されていた。患者に投薬時に問診した所、鼻水などのアレルギー症状は無い。めまいの症状があるとの回答を得た。処方医に疑義照会した所、【般】ベポタスチンベシル酸塩錠10mg を処方するつもりはなかった。自分が処方しようと思っていたものは【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg だったと回答を得た。	【般】ベポタスチンベシル酸塩錠10mg と【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg はどちらも耳鼻科で多く処方される薬剤であり、一文字目が同じなと語感が似ているものであり処方医が気づかずに処方をした可能性がある。	薬局内での事例の共有を行なった。耳鼻科で頻繁に処方される薬剤なので患者にきちんと症状を確認するように話をした。	【般】ベポタスチンベシル酸塩錠10mg	【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(事例の区分: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	
193	首に痒みを伴う湿疹ができた患者に、ルセフィ錠2.5mgとベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏が処方されていた。患者に、血糖値が上がってしまったのが確認したところ、首の湿疹で受診しただけで、血糖の話は全くなかったとの事だった。当該患者には元々糖尿病はなかった事もあり、医師に疑義照会したところ、ルセフィとルパフィンの間違いであったことが判明した。	薬剤名が似ているため、医師がPCに処方内容を入力した時に間違えたと思われる。	患者の症状をよく聞いて、処方内容と症状が一致しているか確認するようにした。	ルセフィ錠 2.5 mg	ルパフィン錠 10 mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
194	以前から糖尿病の薬が出ていたが、今回ルセフィ錠が追加になった。患者の家族が取りに来た時、その旨を伝えたら「今日は父は花粉症の薬も欲しいと先生に言っていましたが出ていませんか？確かに糖の数値は少し高かったです。」と答えた。ルセフィ錠は以前から出ている薬と作用が違うので追加になったのかもしれないが、もしかしたらアレルギーの薬のルパフィン錠と間違えた可能性もあると思い、疑義照会をした。病院の薬剤師が処方医に確認し、ルセフィ錠が削除され、ルパフィン錠に変更になった。	糖尿の薬のルセフィ錠とアレルギーの薬の名称が似ている為、間違えた可能性がある。	患者や患者の家族の話をよく聞き、疑問がある場合は必ず疑義照会をする事が大切です。	ルセフィ錠 2.5 mg	ルパフィン錠 10 mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
195	一般名でロラゼパム錠1mgの処方箋を持参して来局。ロラゼパム錠1mg「サワイ」で入力・調剤し、交付時に普段服用している薬と異なるとの指摘あり。聞き取りの中でロフラゼパ錠1mgであることが判明し、疑義照会を実施。薬剤を変更し、交付。	薬剤名の類似	医薬品名頭3文字入力・監査の実施、投薬時相互確認の徹底	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。
196	ロラゼパム錠1mg「サワイ」が処方されていたが、患者に確認したところ、今まではロフラゼパ錠1mg「サワイ」を服用していた。今回転院したため、その際に前医の処方が正しく伝えられていなかったと思われる。疑義照会したところ、ロフラゼパ錠に変更になった。	薬剤の名称が非常に似ていたため、処方される際に間違えたと思われる。	お薬手帳にて今までの服用状況を確認すると同時に、患者に変更点についてもれなく確認することが必要である。	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。
197	他の薬の処方内容と患者様の母親からの症状の聞き取りから疑義照会した	要因は医薬品名類似による医院側の間違い	親族等の代理者が来局した場合等でも必ず病状を確認し、少しでも疑わしい点があれば疑義照会する	テグレート錠200mg	テオドール錠200mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
198	<p>9月日曜日いつもの患者(55歳、女性)のご主人処方箋持参。カルバマゼピン(100)4T分2の処方あり。</p> <p>今までは手書き処方にてテオフィリン徐放12-24時間(200)2T分2の処方歴あり。今回より手書きでなくなっていたため、システム移行ミスと考え、患者ご主人にお話しした所、薬はいつもと変わらずのはずとの事。日曜日で病院つながらず、残薬もあるとのこと。1日患者には待っていただき、休み明けの月曜疑義照会。</p> <p>疑義にてテオドール(200)2Tへ変更、後発品にてお渡し。</p>	<p>病院システム変更による入力間違い。処方時の商品名から一般名への転記ミス。</p>	<p>普段より当薬局利用の患者の為、前回との比較ができた。新患の場合でもいつもの薬か、今回からの変更点があるかの確認の徹底。商品名および一般名も似ている薬の把握。処方箋入力時、3文字以上の1文字ずつチェックする。</p>	<p>テグレート錠200mg カルバマゼピン錠100mg 「アメル」</p>	<p>テオドール錠200mg テオフィリン徐放錠200mg 「サワイ」</p>		<p>テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
199	<p>他県から引っ越してきた患者であり、今回利用した医療機関、薬局は初めてである。処方内容デパケンR錠200mg 5錠 1日2回 朝2錠、夕3錠食後エクセグラン錠100mg 3錠1日2回 朝1錠、夕2錠食後アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」2錠 1日3回毎食前ロスタタチン錠2.5mg 1錠 朝食後 それぞれ60日分アロチノロールの用法がおかしかったためお薬手帳を確認したところ、前の医療機関ではアロプリノール錠100mg2錠朝夕食後で処方されていたことが確認できた。</p> <p>患者に確認したところ、前の病院と同じ内容で薬を出すと言っていた。疑義照会した結果アロプリノール錠100mg2錠朝夕食後へと変更になった。</p>	<p>医師が薬手帳に記載されている薬品名を見間違った、もしくは処方入力時に誤った。</p>	<p>医療機関が変わるときは今まで服用していた薬の内容と違くないか特に注意を払う。</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」</p>	<p>アロプリノール錠100mg「サワイ」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
200	<p>アロプリノール錠が初めて処方された。受付の段階で「尿酸値が高いのですか？」と薬剤師が確認したところ、「そうでなくて手が震えているので先生が新しい薬を出すと言っていた。」という返答があった。薬効と異なる為疑義照会をした。結果アロチノロール錠という別の薬に変更となった。</p>	<p>処方箋入力の際、アロの2文字で検索し間違えたと思われる。</p>	<p>受付の段階でお薬が変更になったり、新規で出る場合必ず医師とのやり取りを確認してから調剤を行う。</p>	<p>アロプリノール錠100mg「トーワ」</p>	<p>アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」</p>		<p>アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
201	<p>久しぶりに来局されたため、処方薬についてどのような症状で受診したか確認した。患者は胃の痛みで受診したとのことで、現在他医の受診や服用薬は無しと確認。今回タケルダ配合錠が処方されていたが、心疾患や脳血管での血栓につながるイベントがないと判断し処方薬を疑問に思い、処方医に確認したところタケルダ配合錠ではなくタケキャブ錠を投与すべきとこと間違っって入力していたことが判明し、処方変更となった。</p>	<p>医師が処方薬を入力する際、頭二文字から判断したための入力ミスと考える。</p>	<p>患者へのインタビューにより、医師の処方ミスを未然に防ぐことが出来た</p>	<p>タケルダ配合錠</p>	<p>タケキャブ錠 10mg</p>		<p>タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
202	定期的に当薬局を利用されている患者が処方せんを持って来局。脳梗塞予防でタケルダ配合錠を継続服用している。今回も定期処方の内容であったが、クロピドグレル錠25mgが、1日1回 朝食後 1回2錠 追加処方があった。患者に追加について聞いたところ、脳梗塞予防で血栓が出来にくくする薬は飲んだほうが良いとの話はしたが、タケルダ配合錠に追加との話は聞いていないとのことであった。処方医に疑義照会して詳細を確認したところ、タケルダ配合錠をタケキャブと見間違い、抗血小板凝集抑制薬は何も服用していないと思っていたため、新規でクロピドグレルを処方したことがわかった。クロピドグレルは削除となり、今までどおりタケルダ配合錠を継続することとなった。	タケルダ配合錠とタケキャブの類似名称による見間違い。患者も、タケルダ配合錠をすでに服用しているため、クロピドグレルを追加することに疑問と不安はあったことだが、処方医がそう判断するのならと思い、医師には話さなかったとのこと。	類似名称によるミスは薬局内でも起こりやすいため、調剤だけでなく監査でも注意を払っておこなう。患者は、医師に話せないことでも、薬剤師には相談できるということがある。患者からの聞き取りをしっかりとこない、処方内容に間違いがないかどうか確認する。			タケルダ配合錠 クロピドグレル錠 25mg 「ファイザー」 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。
203	タケルダ配合錠が処方されていた為、患者に確認をしたところ、「胃がムカムカすると相談したし、薬が追加となった。」と返答があった。薬効と相違がある為、疑義照会を行い、タケキャブ錠 10mg に処方変更となった。	処方薬の選定時に、最初の2文字が同じ為、誤って選択し処方ミスとなったと思われる。	追加薬や処方変更の際は、今回追加・変更となった理由や診察時の話をヒヤリングを実施し、薬剤名が類似している薬に関しては特に処方ミスが発生しないように努めている。	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。

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	
204	胃カメラ時 他薬局より出ていたタケルダ中止しており翌日から開始予定今回処方にタケキャブ処方され、同効薬のため疑義紹介してタケキャブ削除に。	胃カメラ後の定形処方で併用薬の反映の漏れの可能性あり。	初回時の確認を怠らないことまた最後にご不明点の確認をすることでダブルチェックを実施			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。
205	症状よくなったため弱くするといわれたのにvery strongのバンデル軟膏が出ているため疑義照会 弱いステロイドに変えるといわれたのにバンデルが出ていたためパルデスとバンデルの名称間違いと判断	弱いステロイドに変えるといわれたのにバンデルが出ていたためパルデスとバンデルの名称間違いとつきの判断で処方ミス未然に防げた ステロイドの強さよく理解することが重要だ	ステロイドの強さについては十分理解するよう心掛けている	パルデス軟膏	バンデル軟膏		パルデスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
206	頭部の湿疹で、デルモベートローションを最初に使用し、症状が落ち着いてきたらパルデスローションへ切り替えるよう処方されていたが、ストロングストロミディアムへの切り替えに違和感を感じ、疑義照会を行った。パルデスローションではなく、Drはベリーストロングのバンデルローションの間違えであったとの返答があった。	バンデルとパルデスの似たような名称の為	塗る部位や患者様との会話で確認している	パルデスローション 0.05%	バンデルローション 0.1%		パルデスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
207	女性の患者にユリーフ錠が処方され、疑義照会したところユリノーム錠の間違えと発覚	名称が類似しているためDrが入力時に間違えた様子。	緊張感をもって処方監査を行う。	ユリーフ錠 4 mg	ユリノーム錠 50 mg		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。
208	今回処方風邪症状と聞きとり。特に心臓悪い症状もないが、アスピリンが初回処方された。処方医問い合わせたところ入力ミスであった	入力ミス、処方入力確認の怠り	しっかり患者の症状をうかがう	アスピノンカプセル 20	アスピリン錠 20		アスピリンとアスピ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。
209	アスピリン錠20mgが処方されていたが、患者さんへの服薬指導時に咳症状があるのではなく心臓がドキドキしているとお話された。疑義紹介したらアスピリン錠20mgではなくアスピノンカプセル20の誤りであることが発覚。	薬品名称の2文字目まで同じで、規格の数字も同じであるため、処方箋作成時に誤ったと考えられる。	定期薬に加えて他の薬が追加される時には患者さんの症状を聞き取りを丁寧にし、似たような薬品名の場合はより注意深く監査する必要があります。	アスピリン錠 20	アスピノンカプセル 20		アスピリンとアスピ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	
210	<p>医院の門前薬局混雑のため自宅近くの当薬局に来局。内科処方(オーダーリング)に加え手書きで追加された薬剤が以下の通りであった。アスペノンカプセル20mg 1C 咳嗽時オーダーリング処方としてカルボシステイン錠の処方もあり、アスピリン錠20mgの誤処方であると判断し照会、変更となった。アスペノンカプセル20mg 1C 咳嗽時 → アスピリン錠20mg 1錠 咳嗽時</p>	<p>ヒヤリ・ハット事例にも報告される有名な事例であるが、医師は循環器専門の医師であると推察され、自身が処方する汎用処方約を名称類似薬と誤って処方したと考えられる。</p>	<p>ヒヤリ・ハット事例で共有される事例から常に情報を入手して個人の鑑査能力を補完する必要がある。自店の事例のみではなく全国から寄せられる情報を確認する。</p>			アスペノンカプセル20	<p>アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
211	咳、痰の症状があり、近くの内科クリニックに受診し院外処方箋を持参。処方の一つとして[般]アブリンジン塩酸塩カプセル20mg、3カプセル分3毎食後の処方あり。その他の処方内容が風邪症状に対するものであったため、処方内容の記載ミスの可能性があり、患者様にどういう症状で受診されたか確認した。患者様からは咳や痰などの風邪症状があったため受診したこと、これまでに不整脈の既往歴がないことを確認。処方間違いである可能性が高いと推察されたため、疑義照会をした。疑義照会をしたところ、[般]アブリンジン塩酸塩カプセル20mgからアスピリン錠20mg、3錠分3毎食後の処方に変更となった。	アスピリンとアスピノンと名称が似ていることもあり、処方医が選択ミスをして処方してしまったこと、その後確認されずに処方箋を発行してしまったことが要因として挙げられる。	処方箋受付後、処方内容を確認してその患者がどんな症状で受診されたかを考察し、その病気、症状に対して正しく処方されているかを確認している。また、このように疑義照会が必要と考えられる場合は、他の薬剤師に相談し、疑義照会が必要かどうかの確認してから実施するようにしている。その後、情報共有をして、このような事例があったことを薬局内で情報展開している。	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスピ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。
212	定期処方に追加でアスピノンカプセル20mgが1日6錠分3毎食後で処方されていた。用量が多いことと、以前アスピリン錠20mgが処方されたことがあった為、薬品名の間違いではないかと考え疑義照会を行った。アスピリン錠20mgの間違いであったと回答あり、処方変更となった。	薬品名が似ていることと、同じ20mgという規格であることから、処方入力の際に選び間違えたと思われる。	新規薬剤が追加処方された際は、添付文書等を確認し、用法用量が間違いないか、また効能効果から処方意図を考えながら調剤を行う。	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスピ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	
213	アプリンジンカプセル10mg 4Cap 分2処方患者(ベース メーカー装着あり)。ご本人がカ プセルは飲みにくいと訴えがあり 中止の処方がきた。咳止めを中止 したと報告あり。アプリンジンの 先発はアスペノンカプセルである ためアスペリンと間違えていない か病院へ確認医師はアプリンジン を咳止めのアスペリンと勘違いし て中止したため処方をもとに戻す ことで患者へは正しいお薬でお渡 しできている。	薬剤名類似品の間違いは多い為、 患者の病態から薬剤名に相違がな いことを確認すること	類似品の間違いをしないために薬 剤名に注意していく			アプリンジン塩酸塩カ プセル10mg「N P」	アスペリンとアスペノンの 販売名類似については、 薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
214	広域処方箋 アスペノン他ムコダ イン・アレロック・ムコソルバン など風邪薬が処方 年齢上アスペ ノンはあり得ない処方であり、他 の薬から判断すると風症状が類推 される	名前を三文字入力で実施して、ア スペのところをアスペ で 間違 えた もしくは 濁点などは使わ ずにアスペ で入力したときにア スペリンの近くにアスペノンが あったのではないかと類推される ので、注意必要	薬局では三文字入力実施だが、必 ず薬効を意識して調剤。今回の場 合であれば通常の患者に対し、年 齢上アスペノンを出すことはほぼ ない。	アスペノンカプセル1 0	アスペリン錠10		アスペリンとアスペノンの 販売名類似については、 薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。
215	風邪に対する処方にアプリンジン 塩酸塩が処方されていたため医師 に疑義照会しアスペリンに変更。	アプリンジン塩酸塩カプセルの商品 名が「アスペノン」であり、3 文字入力で誤って選択したものと 考えられる。	患者様の病態を考えて処方鑑査を 行うようにしている。	アプリンジン塩酸塩カ プセル20mg「N P」	アスペリン錠20		アスペリンとアスペノンの 販売名類似については、 薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施 しているところである。

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	
216	<p>医師のカルテにはノルバスクと記載されていたとのこと。事務員が入力の際に誤ってノルバデックスを選択してしまったためミスが起こったものと思われる。当該医院では、先発品名を入れると一般名に変換されるシステムが導入されているものと思われる。本来、「般アマロジピン」と記載されるはずが「般タモキシフェン」と記載されていた。</p>	<p>先発品名が「ノルバスク」「ノルバデックス」と似ているため、薬剤候補選択の際に誤った薬剤を選択してしまったと推定される。</p>	<p>男性に対して今まで服用がなかった乳がん治療薬が処方されていたため、違和感を覚え来局者（施設職員）に確認。アマロジピンは元々服用中の薬剤であり、処方変更の説明などもなく今までの薬剤継続服用指示だったこと確認が取れたため疑義照会。事務員より「医師のカルテにはノルバスクと書いてあります」との回答しか得られなかったため医師へは報告されなかった可能性もあります。</p>	<p>ノルバデックス錠10mg</p>	<p>アマロジピン錠10mg「サワイ」</p>		<p>ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
217	<p>当該患者のご家族が来局。いつもはノルバスク錠5mgが処方されていたが、今回はノルバデックス10mgでの処方であった。本人は別の場所にいており、家族様へ、乳がん治療薬の処方があることを説明。医師からの説明はあったのか確認したところ、「少し胸にしこりがあると話していた。」とのこと。念のためクリニックへ連絡。定期薬はノルバスク錠であるが、乳がん治療薬ノルバデックス錠が処方されていることを伝え、定期薬のノルバスク錠へ変更となった。</p>	<p>医師と、受付入力者の連携不足が考えられる。前方3文字の入力での選択ミスも考えられる。</p>	<p>平素から利用いただいている患者さまだったので、定期薬ノルバスク錠からノルバデックス錠への変更に気が付いた。初めての患者様でも、患者様、そのご家族様としっかり話し、疑問に思ったことは、小さなことでも医師と話をすることが重要だと考える。</p>	<p>ノルバデックス錠10mg</p>	<p>ノルバスク錠5mg</p>		<p>ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
218	エクセグラン処方あり。投薬時に減少錠を伺ったところ、胃の痛みなどの症状で受診したことが判明。処方薬に疑問を抱いたため疑義照会したところ、エクセラージェ配合錠に変更となった。	名称類似薬品のため、処方登録をする際に誤ったと思われる。	類似医薬品の注意	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグラ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。
219	エクセグラン100mg 3錠/day 毎食後が新規に処方されていた。普段でんかん患者をほとんど診ない内科医師からの処方だったことと、初回量がオーバーしていたため、問い合わせをした。患者にも確認を取ったところ、胃薬を出してもらったとのことだった。問い合わせ後、エクサグランが削除になり、エクセラージェに変更になった。	エクセグラン、エクセラージェ 医薬品の名称類似のため、医師の処方入力ミスだと思われる。	新規の処方が出たときは、本人・家族からの聞き取り、お薬手帳、薬歴などの情報と照らし合わせ、適正に処方されているか確認をする。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグラ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。
220	エクセラージェ配合錠が処方される場所、誤ってエクセグラン錠が処方されていた。疑義照会の上、エクセラージェに処方変更。	薬剤名の類似による、レセコンの入力ミスが要因かと思われます。	新しく薬が追加で処方される場合は、患者様からどういう経緯で薬が追加になっているのかをよく聞き取りするようにする。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグランの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
221	隣接する医療機関の処方箋を持って患者が来局、処方箋にはナウゼリンOD錠10mg、エクセグラン錠100mg、(般)セフカベンピボキシル錠100mg、ピオフェルミンR錠 全て3錠分3毎食後3日分と記載あり。初回来局の為お伺い書を確認した所、てんかんの既往歴の記載が無かった為医療機関に疑義を行った。結果、医薬品の選り間違いである事が判明エクセグラン錠→エクセラール配合錠に変更となった。	医療機関の電子化も進んでおり、ドクターはワンクリックで医薬品を選んでいる為、類似名称を選ぶ可能性がある事を知っておく必要があります。普段出ないパターンの処方が出た場合は必ず疑義照会を行うように心がけましょう。	疑問に思ったことは1人で判断しないで、他のスタッフと意見を交わし少しでも疑念があれば疑義照会をする様に徹底しています。	エクセグラン錠100mg	エクセラール配合錠		エクセラールとエクセグラ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。
222	エクセグラン100が 3錠分3×63日分新規で処方あり。いつもファモチジンなどの胃薬しか処方無い方であること、病歴からもてんかんの可能性は低いことなどから疑義照会。実はエクセラールの間違いであった	医師の処方入力時前3文字が同じ薬品であるため選り間違えたと推測される	不審な処方疑義照会することを徹底			エクセグラン錠100mg	エクセラールとエクセグラ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	
223	背中の痛みを訴える患者様(9月におおきいHPで膀胱の検査を受けており問題なし)カモスタット、ゾニサミド3T3×vで処方あり。エクセグランの処方意図が分からず疑義。ゾニサミド(エクセグラン)とエクセラージェの処方間違いと判明。訂正となった。	医師のエクセグランとエクセラージェの処方間違いだった。GEが多くなっているのが先発品とのひもづけも必要。	神経質な患者にてカルバマゼピンのように躁鬱効果あるか調べたが記載なく、疑義に至った。	ゾニサミド錠100mg「アメル」	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグラ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。
224	ブリンペラン錠とともにエクセグラン錠100mgが3錠分3で7日分の処方であったため、患者に症状を聞き取りしたところ、消化器症状であったため、処方医に疑義照会を行った。エクセラージェ配合錠のご記載であった。	医療機関において、処方入力時に薬品名が似ている為、選択を間違えたと考えられる。	調剤前に処方監査を確実にを行う。既往歴、現在の服用薬剤を確認する。投薬時に症状の聞き取りを丁寧に行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグラ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。
225	エクセラージェ錠を処方したいところ、誤ってエクセグラン錠を処方してしまった。	エクセとカルテに打ち込んで、誤ってエクセグランを入力してしまった。	患者の症状から正しい薬が出ているか確認する。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ錠		エクセラージェとエクセグランの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
226	<p>前回エクセラゼ配合錠のところ エクセグラン錠100mgで処方あり、主治医に疑義紹介を行い、処方箋の入力間違いとのことと前回同様のエクセラゼ配合錠に変更となる。</p>	<p>病院の電子カルテ変更により薬品名の入力間違いが原因。薬品名の3文字目までが同じの為、間違いが起こったと考えられる。</p>	<p>電子薬歴を用いて前回からの処方変更など比較を行う。</p>	<p>エクセグラン錠100mg</p>	<p>エクセラゼ配合錠</p>		<p>エクセラゼとエクセグランの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>
227	<p>休日診療の新患処方に (般)ゾニサミド錠100mg 分3毎食後 7日分 で処方あり。当該患者にてんかん等の既往はなく、他の処方では血圧のほかは全て胃腸向け処方であった。ゾニサミドの初回投与量として多いこともあったが、内容から薬剤そのものが違うのではないかと考えた。疑義照会を行い、ゾニサミドは削除、エクセラゼ配合錠が追加。処方入力の際の薬剤登録誤りであったことが判明。</p>	<p>該当医療機関では先発品名でカルテ入力→処方せん出力時に一般名に変換しているとのことで、カルテ入力時点で先発品名のエクセラゼ配合錠とエクセグラン (ゾニサミド) の入力間違いであった。</p>	<p>用法用量の面と処方内容から誤りを推測することができた。日ごろから常用量や初回投与量を意識することでイレギュラーにも気づきやすくなる。</p>	<p>エクセグラン錠100mg</p>	<p>エクセラゼ配合錠</p>		<p>エクセラゼとエクセグランの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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	
228	消化不良時頓服としてエクセグラン錠が処方。薬効と効果期待に不一致があったため疑義紹介した。もしかしてエクセラージェではないかとの推測もあった。	病院での処方入力時に、類似名称のため、違う薬を登録したと推定する。	類似薬品は情報共有して、事故のないように防ぐ。今回の事例も情報共有した。	エクセグラン錠 100 mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグラ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。
229	医師がエクセラージェを処方したつもりが三文字検索でエクセグランがヒット。内容を確認せずそのまま処方。他の処方内容から不適切な医薬品であり、医師の年齢と医師が電子カルテに不慣れな点を薬剤師が想定していたので、エクセラージェとの選択ミスと考え医師に疑義照会。エクセグランは選択ミスで エクセラージェ が正しい処方と医師から返答の後、調剤	医師の電子カルテへの操作能力の不足三文字検索の限界	予め処方医の年齢と電子カルテへの適正能力の見極め3文字検索の限界の熟知疾患と処方箋記載医薬品との関係の熟知	エクセグラン錠 100 mg	エクセラージェ配合錠		エクセラージェとエクセグランの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
230	久しぶりの来局の患者。普段近医内科で受診していたが今回病院泌尿器科を紹介された。処方箋にはザイティガ錠250mg 1錠 夕食後すぐ 21日分 とあり、患者に確認したところ、PSA1.8と前立腺がんを思わせる値ではなく、本人もそのような認識はなかった。ザイティガ錠の用法はプレドニゾンとの併用において、1日1回1000mgを空腹時に経口投与、とあるので、処方された用法に疑義照会をかけたところ、ザルティア錠5mgとの間違いであることがわかった。	商品名で処方オーダーをする際、サではじまる薬品名を入力するときにオーダーミスがあったと思われる。	抗がん剤を処方された初回の患者さまに、「本当に癌ですか」とは聞きにくいですが、今回は処方された用法、用量は標準的な用法とは大きく異なっていたので見つけることができました。他にも名称の似ている医薬品のオーダーミスはあると思うが、今回のように用法から疑義が持たなくても、少なくとも投薬時に薬効等説明するときには万一オーダーミスがあっても気づくことができるような踏み込んだ指導が必要と思われます。	ザイティガ錠250mg	タダラフィル錠5mg Z A「サンド」		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。
231	当薬局を継続して利用している患者が処方箋をもって来局した。今回、初めてザイティガが処方されていた。プレドニゾンの併用もなく、用量も通常の1000mgに対して250mgと少なかったため、FAXにて疑義照会した。その結果、ザルティア錠5mgの処方間違いであり、透析導入予定があり削除となった。	名称が似ていてザルティア錠5mgと入力するところをザイティガ錠250mgと入力したようだ。	ザイティガ錠250mgのように併用すべき薬剤や用量に特徴のあるものは把握しておくようにする。また、特に薬が新しく追加になった場合は用法や用量の他、追加になった背景の確認をしっかりと行う。			ザイティガ錠250mg	ザイティガとザルティアの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
232	平素よりザルティア2.5mgの処方があった患者様で、今回からザイティガ250mg分1朝食後35日分の処方に変更になっていた。ザイティガの添付文書上用法がかけ離れており、ステロイドも併用薬になかったため、名称類似による入力間違いではないかと判断し、疑義照会した結果、ザルティア2.5mg錠の間違いであったことが発覚。いつも通りザルティアに処方変更後、お渡しした。	医療機関側の処方入力ミスであり、処方入力の際の確認不足と考えられる。	定時薬と新規薬が今回のように名称類似してる場合は処方の妥当性を考える様スタッフ一同共有し、こちらも入力ミスが起こらないよう周知した。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠2.5mg		ザイティガとザルティアの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
233	当患者は当初カンデサルタン・テルネリン・フェブリクの3種が処方されていた。服薬指導の際に、健康診断の結果、血圧・血糖・尿酸の値が高かったため薬の服用を開始すると聞き取りをしたが、処方中に血糖薬の処方はなかった。処方されていたテルネリンがテネリアの間違いではないかと医療機関に問い合わせたところ、テルネリンからテネリアに処方変更となった。	医療機関でのレセコンへの入力間違いと入力後の内容確認が不十分だったと考えられる。	引き続き服薬指導においても丁寧に聞き取りを行い、処方薬の妥当性を判断する。	テルネリン錠1mg	テネリア錠20mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
234	もともとテネリア錠が継続処方されていたが、本日血糖値が高かったとのことで、グラクティブ錠とメトホルミン錠が追加処方となった。テネリア錠とグラクティブ錠は同系統の薬品のため、TELにて疑義照会。テネリア錠をテルネリン錠が継続処方されていると勘違いしていたとのことで、グラクティブ錠は処方削除となった。	テネリア錠とテルネリン錠が類似した薬品名の為、勘違いしたと思われる。	同効薬が処方された場合は、間違いないか確認する必ず疑義照会をする。			テネリア錠 20 mg	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。
235	ヘルペスを訴える患者にたいし、パルトックス30が処方されていたが、病状から、パルトックスは間違いではないかと気づき、類似名であるバルトレックスではないか確認したところ、それに変更となった。	オーダーリングシステムによって処方箋を入力する際、類似薬品名の選択ミスがおきたと考えられる。	患者の病状と薬剤が正しいか、今後もヒアリングや処方監査を徹底する。	パルトックス錠 30 mg	バルトレックス錠 50		パルトックスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。
236	小児科処方受領時にパルトックス細粒20%(2g分2朝・夕食後)が処方されていたが、同時にアラセナ-A軟膏3%が処方されていたため、抗ウイルス薬のバルトレックス顆粒5%の入力間違いを疑い、DrにTELにて疑義照会。バルトレックス顆粒5%へと処方変更となった。	バルトレックスとパルトックスの名称が類似しており、しかも薬名を入力する際に濁音、半濁音を省略して入力するレセコンが多いため、頭3文字が同じになってしまい、入力間違いにつながったと考えられる。	処方監査の徹底。特に他剤が処方されている時や小児用量で確認できるものは処方監査の段階で気づけるようにする。また、単剤だった場合でも投薬時にしっかりと症状を確認するようにする。	パルトックス細粒 20%	バルトレックス顆粒 50%		パルトックスの販売名は、製造販売業者により、既に一般名に変更品が出荷されているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
237	セロクエル処方したいところ、処方元の手違いで商品名類似のセロクラールが処方になっていた。処方せんは一般名記載のため、間違いに気が付きにくい、患者の症状や過去の薬歴から疑義にいたった。服用していたとするとセロクエルが処方されないことによる症状の悪化、必要のないセロクラール服用により重篤な副作用がでた可能性がある。	定期処方以外に頓服で処方追加になった例。一般名処方せんのため処方元の選択ミスに気づきにくい事例であったが、商品名類似のため処方元の選択ミスであったことに気付いた。過去の薬歴や1回量、用法からセロクラール（一般名：イフェンプロジル酒石酸塩錠）が処方になっていることに疑問を感じ疑義照会。	一般名処方の場合、商品名類似の処方元の選択ミスには気が付きにくい。過去の薬歴や既往歴から頓服の薬剤で新たに処方になった薬剤であっても疑問に感じた場合は疑義照会が必要である。まったく効果効能の違う薬剤を服用した場合、重大な副作用が出る可能性が非常に高く、正しく処方内容を患者様に渡すだけではなく、処方薬剤の必要性や処方量、用法など総合的に判断して疑義照会する必要がある。	セロクラール錠10mg	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。
238	新規にグラセプターの処方を受付。整形の処方せんであり、おくすり手帳他から患者はリウマチだと考えられるため照会したところ、プログラフに変更となった。	効能効果の不一致、処方時の確認不足と考えられる。	グラセプターとプログラフの取り違え注意喚起が発出されていたところだったのですぐに気づくことができた。タクロリムス製剤の調剤時には薬歴を参照し、徐放製剤か普通製剤か必ず確認する。	グラセプターカプセル0.5mg	プログラフカプセル1mg		グラセプターとプログラフは一般名が同一であることによる薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は製剤的特徴が異なること等について医療機関へ注意喚起を実施しているところである。