

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「規格・剤型間違い」)

No.	公財)日本医療機能評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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
1	処方箋に(般)硝酸イソソルビド錠20mg2錠と手書きで記載。「一硝酸イソソルビド20mg」で取り揃えようとしたが、「一」の記載がないため疑義。(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mgの間違いでした。	一般名記載で似た薬剤名の注意喚起の徹底。特に手書きの処方箋は注意する	似通った薬剤名の名前を貼る	(般)硝酸イソソルビド錠20mg	(般)一硝酸イソソルビド20mg		知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
2	一般名 硝酸イソソルビド錠20mgと手書きで書かれており、一硝酸イソソルビド錠20mgか硝酸イソソルビド徐放錠20mgか確認が必要で疑義、硝酸イソソルビド徐放錠20mgと確認しました	名称が類似しており、Drも一般名をしっかりと覚えているわけではないので注意が必要。○手書き処方せん	手書きの一般名で疑わしい時は疑義すること	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」	記録などに不備があった			ルールの不備	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
3	ロラゼパム1mgが処方されていたが、ロフラゼブ酸エチル錠1mgで調剤していた。	一般名処方で、名前が類似しているためピッキングを間違えてしまった。	箱に注意を促す札を貼り注意喚起を行った。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
4	セルシン錠2mgが処方されていたところ、誤ってセニラン錠2mgを調剤し、患者に交付してしまった。	昼休み間際の忙しい時間帯で、同効薬で薬品名も似通っているセルシンとセニランを間違えてしまった。	調剤、監査のダブルチェックが出来てなかったこと、服薬指導時に患者にもきちんと薬を見せて、薬品を確認してもらうなどしていれば未然に防ぐことが出来た。(今まではセルシン錠5mgを服用していた方で、今回から2mgに減量処方となっていたため)	2mgセルシン錠	セニラン錠2mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		セニランとセルシ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。また、セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。
5	セニラン錠2mgを調剤するところ、2mgセルシン錠を調剤した。	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「(般)プロマゼパム錠2mg、10回分、動悸時服用」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からセニラン錠2mgを調剤するところ、その上の薬棚にあった2mgセルシン錠を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、当該薬の確認を怠り、セニラン錠2mgではなく2mgセルシン錠が調剤されていることに気付かず患者に交付した。後日、薬剤師Bが在庫確認時に2mgセルシン錠とセニラン錠2mgの在庫数がずれていたため患者に電話して確認し発覚。薬剤師Bはセニラン錠2mgを正しく調剤し、患者に正しい薬を交付した。2mgセルシン錠の服用はなかった。	セニラン錠2mgと2mgセルシン錠の薬棚の位置を離した。また、取り間違い防止の為、名称類似医薬品の注意喚起を行った。	セニラン錠2mg	2mgセルシン錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			セニランとセルシ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。また、セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。
6	患者が処方箋を持って来局。処方箋には、「2mgセルシン 1錠/就寝前 14日分」とかかれており、2mgセルシンで調剤しなければならぬところとセニラン2mgを事務員が調剤してしまった。薬剤師が鑑査時に気づき、事務員2mgセルシンに正しい薬に調剤しなおしてもらった。鑑査時に気づくことができたので、患者様には正しい薬をお渡しすることができた	名称が似ていること、同じ向精神薬であり、バタバタとした時間帯であった為確認を怠ったものと考えられる。	どんな状況でも、調剤したら自己鑑査してから鑑査してもらうようにする。	セニラン錠2mg	2mgセルシン錠	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	セニランとセルシ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。また、セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
7	アテレック5mgの処方のアレロック5mgで交付	注意喚起されている事例にもかかわらず、ミスを犯さないような体制(類似名ありなどの札をつける等)を整えていなかったために発生した	類似名ありの札を調剤棚につけた	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		ルールの不備	アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取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。
8	アテレック5mg0.5T分1 28日分を誤ってアレロック5mg0.5T分1 28日分で調剤	薬剤の名称が類似しているため取り間違えた。一日の疲れが出てくる夕方の混雑した時間帯であり注意力が散漫になっていた。	調剤棚に目立つように注意喚起の表示を行った。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取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。
9	処方箋にはアテレック5mgと記載されていたが、薬剤師Aがアレロック5mgを調剤した。薬剤師Bが監査の際に気づいたので患者には正しい薬を交付した。	アテレックとアレロックの棚は近くではないが、患者が来局した時間帯は混んでおり、焦っていた。	調剤者が調剤後に、再確認してから監査の薬剤師に回す。類似医薬品の表を作り、類似医薬品には『取り間違い注意』の札を貼り、取り間違い防止の注意喚起をした。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取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。
10	アテレックを調剤しなければいけないところを誤ってアレロックを調剤してしまった。	当局的薬棚は薬効順ではなく50音順にしているため字画が似ていて、規格が同じ5mgであるものを調剤してしまったものと思われる。監査時に別の薬剤師が気付いた事で発覚。	今後事務さんの調剤サポートも増えてくると思うので50音順に並べていること自体は悪いことではないが、字画が似ているものや規格が紛らわしいものはカセッターを離すようにする。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
11	アレロック錠5mgの処方を、間違えてアテレック錠10を投薬。投薬した30分後に、ご家族より違う薬が入っていたとの連絡あり。近隣の患者であったため、すぐに訪問して、アレロック錠5mgに差し替え。服用前であったため、健康被害はなかったが、ご家族がすぐに連絡をくれていなかったら、服用していた可能性もあった。	処方せんの見間違いが原因。よく確認せずピックアップしてしまった。耳が不自由な患者であったため、薬をお見せただけでお渡ししたため、患者本人もよく確認できなかった。シートデザイン(色など)が似ているだけで、薬品名だけでなく、分量も異なるのに気付かなかったのは、注意力散漫以外何物でもない。	単純な処方だったり、前回と同じ処方だった時にこそ油断が生じる。鑑査時に声だし確認をするなど、今まで以上に鑑査を徹底するようにした。	アレロック錠5	アテレック錠10	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)		医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
12	処方箋ではアレロック処方だったが、入力、調剤者、投薬者すべてアテレックで間違えて監査。患者本人が、花粉症で服用ということ話をした為発覚。	アレロック(アレルギーの薬)とアテレック(血圧の薬)、類似名称のため間違い。処方せんの見間違い	棚に「間違い注意」などの警告の札を貼る	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
13	アテレック錠5mgが処方されていたところ、アレロック錠5mgを調剤。監査時に間違いに気がついた。	商品名の類似。ミリ数は同じ。	薬品棚に『名称類似品あり注意』のラベル貼付。	アレロック錠5	アテレック錠5			医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
14	先発品を希望する患者に、一般名で「テオフィリン徐放錠100mg(12~24時間持続)」が処方されていた。調剤を担当した薬剤師がテオドール錠100mgをピックアップしたつもりで、テグレート錠100mgをピックアップしていた。その後、監査を担当した薬剤師により間違いが指摘され、患者に交付されることはなかった。	調剤を担当した薬剤師は、普段はあまり計数調剤を担当しておらず、テオドールの外観や配置を記憶していなかった。薬品名だけを見て、類似したテグレートをテオドールと思いこんで調剤してしまった。○単純なミス	普段あまり行わない作業を担当する際はよく確認し、注意深く行動するよう担当薬剤師に指導を行った。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった			テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
15	テオドール錠100の処方だったが、テグレート錠100mgをピックアップしてしまった。	知識不足。テグレート錠の処方が多いため思い込み。	名称類似のため棚収納と引き出し収納とに分けた。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	知識が不足していた		教育・訓練	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。
16	テオドール処方のところ、テグレートにて調剤	思い込み見間違い投薬時の患者さまへの提示	2重監査していたが、ハイリスク薬はさらに、チェック項目をふやしていきます似ている薬のリストアップします。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った			ルールの不備	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。
17	薬剤師1名が内服薬調剤時、テオドール錠100mgを調剤すべきところ、テグレート錠100mgを誤ってピックアップ。監査にあたった別の薬剤師が間違いに気づき、誤交付には至らなかった。	名称が類似していること、置き場所が同じ引き出しであること、単純な確認ミス、思い込み	類似している名前の薬があるということ把握しておく。監査支援機器を漏れなく使用する。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			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。
18	一般名でクレンブテロール塩酸塩錠10μgが処方され、患者様がジェネリックを希望された。本来であればトニール錠10μgを交付すべきところを、誤ってトフラニール錠10mgを交付してしまった。交付後すぐに他のスタッフが誤りに気づき、患者様へ電話連絡を行い正しい薬と交換した。患者様はまだ1錠も服用されていなかったため、健康被害はなかった。	トニールとトフラニールは名称が類似している。規格も10μgと10mgで、取り間違いやすい。	トニールは腹圧性尿失禁、トフラニールは遺尿症の適応がある事を理解し、どちらも泌尿器科で処方されることをきちんと把握しておく必要がある。	トニール錠10μg	トフラニール錠10mg	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		トニールの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
19	新規で受け付けた医療機関の処方せんにおいて、パルトックス細粒20%が処方されていました。当薬局の採用品のバルトレックス顆粒のGEではないかと判断してしまつた。投与量等を監査し、パントシン散20%のGEと気が付き、投薬前に気づきました。	GEの商品名については、他の先発薬品名称と酷似しているものもあるので、注意が必要です。	GE薬品名称を変更調剤するさいは、精密な監査が必要です	パルトックス細粒20%	バルトレックス顆粒50%	確認を怠つた	知識が不足していた	医薬品		パルトックスの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。
20	プロスタール錠25mg4錠分2で処方のところ、取り揃え時に誤ってプロタノールS錠15mgをピックアップ。鑑査レンジにて照合を行った際に取り間違いが発覚。正しいものに取り直して交付。	薬剤名が類似していることが第一の要因として考えられるが、それと同時に調剤者に思い込みがあったと考えられる。	対策として「類似名注意」の札をそれぞれ薬剤保管場所に設置した。	プロスタール錠25	プロタノールS錠15mg	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だった	医薬品		プロスタールとプロタノールSの販売名類似については、薬剤取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検討しているところである。
21	プロスタールを処方され始めた患者さんの薬を以前から扱っていたプロタノールと間違えてピックアップ。それをプロタノールと言いながら探していたのを耳にしている、監査の時点でもスルーしてしまい、投薬。薬歴を入れていて、違うことに気が付き、(20分後くらい)患者様のご自宅まで交換に伺った。まだ服用はしていなかった。	以前から扱いのある薬になじみがあり、似たような名前にまどわされた。処方箋にある薬の文字を見るのではなく、読むことが大切だと思う。各々の薬のところに類似名の薬があることをメモにしてつけた。また患者さんの申し送りに間違えないようコメントをいれた。○処方せんの見間違い	処方箋にある薬の文字を見るのではなく、読むことが大切だと思う。各々の薬のところに類似名の薬があることをメモにしてつけた。また患者さんの申し送りに間違えないようコメントをいれた。	プロスタール錠25	プロタノールS錠15mg	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だった	医薬品		プロスタールとプロタノールSの販売名類似については、薬剤取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検討しているところである。
22	ユリーフ錠4mgをピックアップするところ、ユリノーム錠50mgをピックアップ。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	医薬品の名称に似ているところがあつたことが要因と考えられる。	基本的に忠実で丁寧な調剤を常に心がけるようにする。それぞれの箱に注意喚起の札をつけることを検討する。	ユリーフ錠4mg	ユリノーム錠50mg	判断を誤つた		医薬品		ユリーフとユリノーム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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
23	リウマチにて市立HP定期受診の患者。リウマトレックスと一緒に、Rp:ロイコボリン錠5mg 1T 朝食後日曜日服用処方。今回から大学HPへの転院となり、処方FAX頂いたが、ロイコボリン錠の処方がなく代わりに、ロイコン錠10mg 1T 朝食後日曜日服用となっていたため、名称間違いを疑い、疑義。ロイコボリン錠5mg 1Tの処方に変更となった	大学HPのマスタではロイコボリン錠と入力できないため、似た名前の薬品で入力してしまったとの返答、以後もマスタ都合上、ロイコボリン錠で入力できないということで、コメント欄でロイコボリン錠での処方の旨を入力するとの返答だった。		ロイコン錠10mg	ロイコボリン錠5mg			コンピュータシステム		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。
24	処方箋の内容が、ラニチジン150mgであったにもかかわらず、ラフチジン10mgを調剤し、鑑査薬剤師に回したところ、鑑査の際に誤りが判明	ラニチジン、ラフチジンともにH2ブロッカーの胃薬であり、名称も似通っており、誤って調剤をしてしまったと考えられる。○処方せんの見間違い	ラフチジン、ラニチジンのカセットに薬剤の2文字目を赤ペンで大きく丸付けし、強調して在庫するようにした。	ラニチジン錠150mg「サワイ」	ラフチジン錠10mg「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	医薬品		ラニチジンとラフチジ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。
25	ラフチジン錠10mgの処方を、ラニチジン錠150mgで調剤。窓口で患者と確認している最中に気付く。	混雑していることの焦りで注意力散漫となり、名称が似ていることも重なり、処方箋の内容を見間違えた。調剤過誤防止システムを未使用だった。	処方箋の内容はどのような状況でも落ち着いて確かめる(名称が似ていても、規格、剤形で気付く場合もある)。時間がかかるとしても調剤過誤防止システムを使用すること。	ラフチジン錠10mg「日医工」	ラニチジン錠150mg「マイラン」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった その他			ラニチジンとラフチジ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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
26	【般】ラフチジン錠10mgが処方されており、ラフチジン錠10mg「トーフ」を調剤すべきところ、間違っラニチジン錠150mg「サワイ」を患者に交付してしまった。患者本人から連絡があり、服用前に医薬品を交換した。	当該薬剤師はラフチジン錠10mg「トーフ」が採用されていることを知らず、名称が類似したラニチジン錠150mg「サワイ」を交付してしまった。また、どちらもH2ブロッカーという背景から、思い込みで調剤してしまったと考えられる。	採用薬で名称の類似している薬剤の表を作成して職員に注意喚起をした。	ラフチジン錠5mg「トーフ」	ラニチジン錠150mg「サワイ」	確認を怠った 連携ができていなかった	知識が不足していた	医薬品		ラニチジンとラフチジンの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	新たに追加されたロフラゼプ1mgをロラゼパム1mgで調剤。患者さまにお渡ししてしまった。	ロフラゼプとロラゼパムが同一メーカーで隣り合わせて在庫していた。	今後類似処方あり！の記載を大きくして注意喚起をした。	ロフラゼプ	ロラゼパム	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼプ酸エチル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。
28	一般名手法の薬で、引き出しの配置が隣で、名前がよく似ているので、取り間違えました。	精神科の薬を管理する上で、あいいうえお順にしていますが、それが原因だと思えます。レセコンの変更に伴い、慌てて調剤しないようにします。	引き出しの配置を変えました。	ロフラゼプ酸エチル	ロラゼパム	確認を怠った		施設・設備		ロラゼパムとロフラゼプ酸エチル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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
29	ロフラゼブ酸エチル1mgを0.5錠で処方があった。取り間違えてロラゼパム1mgを半錠にし、ロフラゼブ酸エチル1mg0.5錠の印字で準備した。監査もヒートの確認が抜け、そのままお渡しした。直後に調剤した薬剤師が、間違えたことに気が付き、服用前に正しいものをお渡した。	ロフラゼブ酸エチル1mgとロラゼパム1mgは間違えやすい認識があり、その日より1錠が0.5錠に変更になった。調剤の面でも他にも変更があり、注意が散漫になってしまった。半錠にする前にヒート確認していたがヒートも類似しており、見落としがあった。半錠後、監査時も印字がロフラゼブ酸エチル1mgになっていたため見落としがあった。その後、調剤した薬剤師が違引き出しから錠剤を出した認識があり、すぐに患者に連絡し、服用前に交換した。	半錠割譲時の空のヒートは最後まで捨てず監査することや、ロフラゼブ酸エチル1mgとロラゼパム1mgは間違えやすい認識があったにもかかわらず、間違いがあったため、再度全薬剤師に注意喚起を行い、できる限りヒートピックアップと半錠割譲の薬剤師を分けることにした。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
30	一般名ロフラゼブ酸エチル錠1mgと処方されたところ、ロラゼパム錠1mgをお渡ししてしまっていた。	薬品名が似ていたため間違ったと思われる。確認不足。定期的に向精神薬のチェックをしているため、間違いを早く発見できた。患者様はまだ服用されておらず、服用前にロフラゼブ酸エチル1mgに交換できた。	必ず処方された医薬品名と投薬する医薬品名をきちんと確認する。適時監査システムを利用する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
31	一般名処方で「ロフラゼブ酸エチル錠1mg」の所、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」で調剤するところをロラゼパム錠1mg「サワイ」でピックアップをしていた。投薬前の監査で間違いに気付き変更して投薬した。	待っている患者様が多く薬剤師の焦りと注意力散漫	調剤棚に「名称類似注意」のステッカーを貼る。薬局内で類似薬品の検討会議。投薬前に薬剤情報の文書で画像と商品名の照らし合わせを徹底。	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」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
32	メイラックス1mgの処方では患者の希望より後発品ロフラゼブ1mgを調剤するところ、誤ってロラゼパム1mgを取り揃えた。監査時に薬剤師が気づき、正しいものに交換した。	一般名が類似しており、保管場所も同じであった為に間違いが生じたと考えられる。○注意力散漫	類似医薬品があることを再確認する	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
33	一般名処方の類似による取違い	向精神薬の同じ引き出しに保管しており、ロラゼパムの方が目に付いた。ロフラゼブよりも普段処方が多いロラゼパムの処方だろうという思い込み。字面が似ているための見間違い。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	向精神薬の同じ引き出しの同じ仕切りの中にあつたものを、別の仕切りに移動した。処方箋監査、入力内容の見直しを丁寧に行うようにした。	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」	確認を怠った		医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
34	(般)ロフラゼブ酸エチル1mgと記載された処方箋を持参。ロフラゼブ酸エチル1mgを調剤すべきところを、ロラゼパム1mgでピッキング。監査時も気づかずそのまま交付してしまった。患者が、今までの薬と違うと気づき、持参。処方医にも報告し、取り替えた。	一般名が似ており、処方せんの見間違い。確認不十分。	一般名の確認をきちんと行い、監査も慎重に行う。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
35	類似名称の医薬品取り違い	○処方せんの見間違い○単純なミス	向精神薬は似たような名称のお薬が引き出しに入っているため、必ず箱からヒートを出す際に薬品名を確認する	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
36	一般名処方されていたロフラゼブ 1mg「サワイ」をロラゼパム 1mg「サワイ」で調製。監査時にピッキングシステム使用した際に間違いに気が付いた。	どちらもメーカー「サワイ」であり、名称も似ていることから取り間違えた。	名称が似ているため、ピッキングの際は十二分に注意すること。ピッキングシステムによるGS1コードの読み取りを徹底すること。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
37	薬剤の取り違い	○単純なミス	向精神薬は同じ引き出しに入っているため、似た薬品名同士は区切りをつけるように在庫しているが、パッと見で似ている医薬品名のものを取りがち。引き出しに注意喚起の札を作成し、一旦調剤する際に気に留めるように改善します	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	処方せんは、ロフラゼブ錠の記載だったが、とらぜパム錠を見間違い、調剤した。監査で判明し、正しく調剤した。	名前が似ていると認識していたが、確認不足で、当薬局でより頻繁に在庫するロラゼパムを調剤してしまった。	調剤時の処方せん確認継続、両剤とも鍵のかかる引き出しに在庫しているが、薬に類似している旨のシールを貼り、注意を喚起することにした。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
39	一般名処方 ロフラゼブ酸エチル錠1mgを生活保護対応のためジェネリック品で調剤をおこなったが、他薬品のロフラゼブ錠であった。	生活保護対応の調剤で順次ジェネリック品へと変更をしているが、名称類似・薬効類似であり薬の間違いに気が付かなかつた。お翌日、同じ薬のジェネリックを調剤しようと思った別の薬剤師が薬の在庫がないことに気が付き発覚した。	メイラックスは先発品のみを在庫し、ワイパックスはジェネリック品へと変更をすることにし朝礼で周知をおこなった。	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」	確認を怠った 連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
40	メイラックス(1)をジェネリックで調剤する際にロラゼパム(1)で調剤を行った。	ロフラゼブ酸エチル(1)とロラゼパム(1)は名称が少し似ているので、注意力散漫により調剤ミスをした。	薬品名を最後まで読み上げるなどして、確認を怠らないようにする。雰囲気調剤をしないようにする。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
41	一般名処方 ロラゼパム酸エチル1mgで記載してあり、頭文字だけみて調剤したため似たような名前のロラゼパム錠1mgを調剤しようとしてしまった。	背景としては近くに2つの薬剤を配置していたためおこったと思われる。	なので配置する棚を変更して、さらに頭文字をマジックで○をつけて注意喚起するようにしました。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム1mg「サワイ」		知識が不足していた			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
42	ロラゼパム錠をロフラゼブ酸エチル錠でピックアップした。	単純なミス	似ている名称の薬品に注意すること	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
43	【般】ロラゼパム錠0.5mgで処方になった。ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」で調剤するところ、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」で調剤し渡してしまった。投薬後在庫があわないことがわかり、患者に確認。違うものを渡していたため謝罪し交換を行った。服用前だった。	医薬品名が似ているので気を付けるようにはしていたが、忙しい曜日、時間帯で確認をきちんとしなかった。倍量投与であったりそちらに気を取られた。	薬品名が似ているものを再度確認しておく。可能であれば似ている薬品名のジェネリックなどは屋号を別なもので採用する。	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」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
44	ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤しなければいけないところを、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」で調剤。別の薬剤師が鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	名称の類似品への注意を怠った。処方せんの見間違い。	名称の類似品があることを、薬局内で情報共有。また、名称の類似品への注意喚起の貼り紙を作成し、棚の位置を離れた。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
45	ロラゼパム1mgをピッキングすべきところ、誤ってロフラゼブ1mgをピッキングしてしまった。事務の入力は間違えていなかったため、機械でエラーを確認し、交付には至らなかった。	名前が似ており、同じ1mgで、メーカーもサワイである。どちらも向精神薬で思い込みもしやすい。	思い込みで間違えてしまうので、付箋を貼って再発防止に努めている。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った		医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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。
46	一包化作成中で、処方には「一般名：ロラゼパム1mg錠」で当薬局では以前より沢井製薬の錠剤を採用しカセッターも作ってあった。錠剤分包機からカセッター内の錠剤がなくなったことを知らせる合図(音)がなり、分包をしていた薬剤師が充填したものを取り間違え「一般名：ロフラゼブ酸エチル1mg錠」当薬局採用は沢井製薬を入れてしまった。最終確認で、刻印をしっかり監査した薬剤師が、混入に気が付き、別の薬剤師2名で再度確認し、混入数をすべて取り出し、正しく分包しなおしたものを患者に渡すことができた。	必ず、刻印まで確認することを行ってきた経験がよかったのだと思う。すぐに見つけることができた。錠剤備蓄数が多いこともあったが、派遣薬剤師で知識、経験等が浅いことが関係すると思った。単純なミスでもあり、分包すると同じに見えてしまう、勘違いを起こしやすい。	間違えやすい名前や錠剤の形であることもあり、鑑査台に錠剤の名前と刻印番号を記入し、誰もが意識付けできるようにした。仕事がルーチンになってしまうこともあるので、声に出したり、カセッターに充填するときにも声掛け・指さし確認を徹底する。向精神薬の引き出しは同じ引出しにしない。名前が似ていて、メーカーの特徴も似ていることから、引き出しをあけると刺激になるような大きな赤字で間違えやすいことを記入して貼った。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
47	一般名ロラゼパム錠1mgの処方ではロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤するところをロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」で調剤。投薬薬剤師が患者に説明中に気付きその場で取り換えた。	名称類似の認識はあったが、意識しすぎた結果、逆に間違った方を揃えてしまった。	取り違が多い医薬品どうしの為、それぞれの棚に目立つように「再度確認！」のラベルを貼った。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
48	後発品希望の患者にワイパックス錠1mgが処方されていた。ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤すべきところをロフラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤し交付してしまった。帰宅後に患者本人より指摘があり服用前に交換した。	保険情報等他のことに気をとられてしまった。ロラゼパムとロフラゼパムは名称が似ており、間違いやすいため保管場所をわけていたが、薬品使用量の多い保管棚にあったロフラゼパムが先に目に入り、ピッキング・調剤してしまった。ピッキング・調剤した者は類似名称の品目で保管場所をわけていることを知らなかった。監査時は計数に気をとられ間違いに気付かなかった。○単純なミス○注意力散漫	似ている名称のため保管場所をわけていることを周知徹底する。	ワイパックス錠1.0	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
49	令和1年 12月4日 午後17:41 患者さまが来局一般名 アロチノロール塩酸塩錠10mg が 処方されていましたが 薬剤師Aが間違っ て アロプリノール錠100mg サワイ を調剤 鑑査した薬剤師も気がつかずそのまま投薬してしまいました1週間後 お薬を服用しようと思ったら いつもと違うお薬が入っていたと 患者さまが来局されお薬の間違いに気付きました調剤鑑査システムを使用しているにも関わらず アロチノロールのところだけバーコードが読み取れておらず その事にも気が付きませんでした	お薬の名前がよく似ている 確認不足	名前がよく似ているお薬に関しては注意深く調剤 鑑査を行う患者さまの前でお薬の確認をするよく似た名前のお薬の棚には注意書きをする調剤鑑査システムは1処方箋の調剤が終わった事を知らせる合図が鳴るのをしっかり確認してから 鑑査に出す	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「サワイ」	確認を怠った		コンピュータシステム		アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
50	アロチノロール10mg「サワイ」処方のところ、アロプリノール100mg「サワイ」を調剤。監査時に誤りに気づき、その場にいた別の薬剤師と確認のうえ、正しい薬剤を調剤。交付には至らなかった。	名称、包装の類似、メーカーの一致などから発生した取り換え。処方せん入力中に並行して調剤を行っており、処方せんと調剤した薬の突き合わせを怠っていた。午前最後の患者という安心感から、注意力散漫となっていた。	名称類似薬品については、今一度処方せんと薬を突き合わせて確認する習慣をつける。	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」	確認を怠った		医薬品		アロプリノールとアロチノロールの販売名類似については、薬剤取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。
51	アイトロール錠20mgの処方があり、希望により後発品の一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」で調剤していたが、薬剤師Aが今回誤って硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」をピックアップし一包装し鑑査にだしていた。薬剤師Bが鑑査時に誤りに気が付き、薬剤師Aに伝え調剤直し、正しい薬剤を交付した。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」と転記してあったが、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」と名称が類似していたため、誤ってしまった。また非常勤の薬剤師であり、薬局の採用品の把握が完全にできておらず、思い込んでしまった。手書き処方せん、処方せんの見間違い、単純なミス	類似した薬品名の薬剤の取違であったことを全員に周知し、注意を促すとともに、後発品への変更に際しては必ず、変更内容が正しいかを各自が確認し業務にあたることを確認した。	アイトロール錠20mg	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」	確認を怠った	その他	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
52	一般名処方で、処方箋記載は硝酸イソソルビド徐放Cap。それを(般)一硝酸イソソルビド錠と誤って解釈し、一硝酸イソソルビド錠「サワイ」で調剤、監査をすり抜け患者に交付した。正しくはイソコロナールR20mgを交付すべきだった。交付後に、調剤薬剤師が気づき、患者に電話、郵送で正しい医薬品を送り、誤って交付した医薬品は後日返却して貰った。	一般名処方、類似しているために誤って調剤、監査が行われた。また、繁忙時だった為、薬袋の写真や調剤録との照合で気づくべきだったポイントもすり抜けてしまった。	類似一般名処方は特に気を付け、職員間で情報共有、注意喚起を行う。該当患者は薬歴のメモ画面に、必ず注意書きを行うようにした。繁忙期でも、監査時のチェック業務を1つでも抜かさないようにする。	イソコロナールR20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
53	実務実習生が一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」の処方を誤って硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」をピックアップしてしまっていた。一包装調剤する際に分包する前に薬剤師が気づき、正しく調剤した。	当該2剤は薬剤名が類似しており取り間違いしやすい薬剤であったが、注意喚起を促す工夫が不足していた。	日付管理のために残している当該処方箋のコピーにわかりやすく注意喚起を促すコメントを残した。また、薬品棚の当該薬剤にも、取り間違いを注意する内容の注意喚起するメモを添付した。	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」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
54	一般名で一硝酸イソソルビド20mgが処方されたが、イソコロナールRカプセル20mgを調剤していた。事務員が入力の際にイソコロナールRには変換されないことを訴え、投薬前に薬剤の取り換えに気がついた。	一般名が類似しており規格も同じ薬剤だったため、イトロール20mgの後発品を調剤しないといけないところ、在庫しているイソコロナールR20mg(一般名は硝酸イソソルビド)を調剤してしまった。	思い込みで調剤することがないように気をつける。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	イソコロナールRカプセル20mg	判断を誤った	知識が不足していた			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
55	硝酸イソソルビド徐放錠20mgと一硝酸イソソルビド錠20mgの取り間違い。規格も同じで一般名もほぼ一緒であったため取り間違ってしまった。また、新しい職場で採用品目もきちんと把握できていない状態でもあった。	規格も一般名もほぼ同じ(一がついているかどうか)の為、大変間違いやすい。勤務して間もなくでもあり把握できてなかった。今後は、一般名が大変似ている徐放錠(規格は同じ20mg)と普通錠があり、間違いやすいという認識をしっかりとって調剤する。	今までもそれぞれの薬剤の場所をあえて離して設置してはいたが、それぞれの棚に「注意:類似薬品有り」というシールを貼って注意喚起する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	確認を怠った	その他			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
56	イトロール錠の後発品への変更の際、一硝酸イソソルビド錠を発注するところを誤って硝酸イソソルビド徐放錠を発注してしまい、調剤する時に気づいた。	発注する薬の名前を省略して記載していたため、別の発注担当の者が類似名の薬品と誤って認識し注文してしまった。○単純なミス	発注する薬品名を記載する時には、正式名称をきっちり記載する。簡略化した名称を記載しない。類似名がある場合は、注意喚起する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	確認を怠った 記録などに不備があった 連携ができていなかった	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
57	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20mg、2錠/分2朝夕食後、28日分」と一般名で記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から硝酸イソソルビド徐放錠20mgサワイを調剤するところ、一硝酸イソソルビド錠20mgサワイを調剤したことに気がかず、そのまま鑑査に回した。薬剤師Aは鑑査時に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	一般名が類似しており、同じ規格、同じ採用メーカーであるので間違えてしまった。また、患者が来局した時間帯は混雑していたため、よく処方箋を見ずに調剤してしまった。	薬棚に取り間違い防止のため注意喚起をした。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
58	一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mg が処方されていたが、アイトロール錠20mgで調剤しようとした。別の薬剤師が気づき、硝酸イソソルビド徐放錠20mgで調剤した。	アイトロール錠は、薬局に在庫があり、一般名:一硝酸イソソルビド錠20mgで処方される。一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mg は薬局に在庫もなく、一般名が似ていたため、間違えた。	確認をしっかりとる。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	アイトロール錠20mg	確認を怠った				硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
59	「一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mg」という内容の処方に対し、事務員が誤って「一硝酸イソソルビド錠20mgサワイ」と入力した。調剤する薬剤師も取り出す箱を間違えてピックアップした。鑑査を行う薬剤師が間違いに気付いたため交付には至らなかった。	一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド徐放錠20mgは名称が酷似しているため間違いやすい。入力間違いや取り間違いが起きないような工夫が必要である。○処方せんの見間違い	事務職員への名称酷似薬入力の際の注意を指導。また取り間違いをなくすために薬棚、薬箱にラベルを貼るなどの注意喚起を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
60	一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mgと記載された処方箋に対して、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を調剤するところを誤って一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤した。	単純なミス:一包化で剤数が多かったため、確認が漏れてしまった。	剤数が多くても一つひとつ丁寧に確認し、特に似た名称の薬があるものは日頃から意識して気を付ける。薬品棚に「類似薬あり。注意!」と書いたシールを貼っておく。	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」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
61	硝酸イソソルビド徐放錠のところ一硝酸イソソルビドで調剤、監査時に気付いた。	単純な勘違いによるミス。	名前が似ている薬剤で間違えやすいものを再度スタッフへ周知した。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	判断を誤った	知識が不足していた			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
							62	一般名処方にて、硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方があり。調剤の際に、一硝酸イソソルビド錠と間違えてピックアップ。監査者が気づき訂正した。	思い込み類似した一般名と医薬品名称。	
63	硝酸イソソルビド徐放錠20mgを継続中の患者様に対して、一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤。登録販売者が調剤を行い、患者受取前に薬剤師が投薬前のチェックで発覚した。類似名称の為、一般名処方の入力選択時点から調剤、監査まで見逃されており、お渡し寸前で防ぐことができた。	一般名処方の入力時には類似名称の一覧が並び、成分名表記では長い名称も多いため、見間違いや、薬品の知識がない場合は同様のものと捉えてしまい思い込みによるエラーが起りやすいと考えられる。	入カシステムの薬品選択名称に注意喚起を入れ、入力段階から投薬までの間で必ず確認徹底。薬品棚にも注意喚起を表記し取り換え防止を行った。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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。
64	患者が処方箋をもって来局。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20mg、1錠/分1朝食後30日分」と記載されていた。事務員Aは薬棚から硝酸イソソルビド徐放錠20mgを用意するところ、一硝酸イソソルビド錠20mgで用意したことに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが間違いに気付き、事務員に伝え正しい薬剤で用意し再鑑査。鑑査の段階で誤りに気づいたため患者には正しい薬を交付した。	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠があることに気付いていなかった。名称が似ていた。	取り間違いを防ぐため採用メーカーを変更していたが不十分だった。今回の事例を全スタッフで共有しミスの再発を防ぐよう確認を徹底するようにした。処方箋の間違いやすい薬品名や規格には付箋で目印をつけ、目立つようにした。薬棚の「一硝酸イソソルビド錠」の「一」に印をつけて注意が向くようにした。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No.	公財)日本医療機能評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	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
65	処方箋の内容にアスペノンカプセル20が処方されており、患者様の様子から風邪をひかれているようだったので聞き取りをしたところ「風邪をひいて、咳が出る」とのことだった。処方内容に疑問を持ち、念のため病院に確認したところ入力ミスでアスペノンカプセル20→アスピリン錠20に変更となった。	名前の似た薬のため「あすへ」までの入力だとアスペノン、アスピリンどちらの可能性もあるため入力を間違ったものと考えられる。	処方箋の内容はしっかり見る。処方内容を鵜呑みにせず患者様の様子、聞き取りから監査をしっかりと行う。	アスペノンカプセル20		その他			アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
66	初めての来局の方で先発品希望のため高血圧と花粉症を併発し経過観察の為7日分の処方、アテレック錠5mgとアレロック錠5mg錠を同時にお渡しし、患者さんへの説明の中に外観は違うが名称が似ている旨の説明を受け帰宅。帰宅途中にコンビニに立ち寄り処方薬以外の薬袋・薬品情報などを同店にて廃棄、ドクターには帰宅後直ぐに降圧剤の服用と抗アレルギー薬は症状が軽ければ飲まなくても良いと指示されていたので帰宅直後アレロック錠を服用後に名称が似ていると説明を受けた事を思い出し薬局で電話を受けた事で誤飲が発覚。	確認を怠った患者のずさんな薬の管理。外観が違うが説明の時に名称の件を伝えた事でかえって混乱を与えた。	名称の類似で誤飲を誘発しそうな時は患者さんの同意を得てどちらかをジェネリック医薬品に変更する。患者さんに混乱を与えそうな情報を伝えない等。	アテレック錠5 アレロック錠5			医薬品患者側		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No.	公財)日本医療機能評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	改善策	関連医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
67	当該患者がマイスリー錠10を希望していた。普段処方してもらっている病院ではなく、別の病院でお願いした。医師は患者の求めに応じて口頭でマイスリー10とマイスタン10を取り違えて処方箋に記入した。処方箋ファックスにて処方内容を確認したところこれまで処方歴のないマイスタンであったこと、他病院でマイスリー30日分が時々処方されていたことから名称の取り違いではないかと判断し、疑義照会した。病院薬剤師より医師に直接照会したところマイスリーに変更となった。	マイスリーとマイスタンは取り違いの喚起がなされていたものの医師は専門外でかつ患者の求めに応じる形で言われるがまま処方している。確認を怠ったことが原因。	薬局薬剤師としては名称の類似による取違いの事例を再確認して未然に防ぐように活動する。	マイスタン錠10mg		その他	医薬品		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。
68	マイスタン錠5mgが処方追加になっていた。患者へ症状を聴取したところ不眠の訴えであったため処方薬に間違いがないか疑義照会をおこない、マイスリー5mgの処方ミスと判明した。	マイスタン5mg、マイスリー5mgの処方入力ミス。名称類似、および規格も同一5mgのため間違いが起こったのだろう。		マイスタン錠5mg			コンピュータシステム 医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
69	定期処方に風邪の処方が追加になっていた。風邪の処方中に不整脈の薬の記載があった。患者に確認するとそのような説明はなかったとのことで、疑義照会し、名前の似ていた咳止めに変更になった。	医療機関に事務員が新しく入った。まだ、慣れていない為に処方の入力で間違いがあったと推察される。		アスペノンカプセル10	アスペリン錠20			その他		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。
70	脳梗塞で入院、退院後家の近くの病院に転医され、初受診され処方箋を持ち込まれた患者様。当薬局は初来局。前医で処方されていた咳止めも定期薬と一緒に処方してほしいと医師に頼んだところ、アスペノンカプセル10mg1カプセル頓服処方(咳き込み時)。お薬手帳の情報より、前医での処方アスペリン錠であったため、疑義照会。ムコダイン錠に処方変更となる。	名称類似薬の入カミス、医師の思い違いが原因と思われる。	投薬時は名称類似薬の取り違えを念頭に置き、患者様の症状より処方意図を読み取る必要あり。	アスペノンカプセル10	ムコダイン錠250mg			その他		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。
71	当薬局、初来局の女性にアスペノンカプセル処方。他の処方せん薬はトランサミン、ムコダイン、カロナール、小青竜湯、クラリスと一般的な感冒に使われる薬であった。受付時に患者へ、医師から不整脈に関する説明があったか確認するが、感冒症状で受診したことと対症療法の薬を出すことしか説明を受けておらず、疑義紹介を行い、アスペリン錠へ変更となった。	医師の電子カルテの入カミスであると考えられる。類似要因も多く、処方薬も多かったためチェックを怠ったのだと思われる。	医師も人間であり、ミスをするのだということをお患者へ説明し、患者自身にもヒヤリハットを止めてもらえるよう患者教育を行う。自身の症状を病院のみで話すのではなく、薬局でも話すよう指導する。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20			コンピュータシステム医薬品		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。
72	処方内容監査の時に、処方内容及び患者からの聞き取り事項から処方されている薬剤に疑義が発生した。処方医師に疑義照会したところ、不整脈薬のアスペノンカプセルは処方の誤りであり、咳止めのアスペリン錠の間違いであることがわかった。	類似名称の処方間違いである。処方箋監査の際は、患者からの事前の聞き取りも注意深く確認することが必須である。	医療機関側の処方入力の際は類似名称に対し十分に注意を払うことが大切であるが、処方箋を受けた薬局も必ず処方箋監査を行い類似名称など注意を払うことが必要です。また類似名称の情報常に収集し職員全員で共有をする。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20			コンピュータシステム医薬品	その他	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。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
73	処方内容・・・(般)イブプロフェン錠200mg、(般)カルボシステイン錠500mg、(般)トラネキサムサン錠500mg、(般)アプリジン塩酸塩カプセル20mg 毎食後 7日分患者から聞き取った症状(風邪、熱、咳)に対して、(般)アプリジン塩酸塩カプセルの処方が不適切と思われたため疑義照会をした結果、アスピリン錠20mgの間違いだったとわかり、変更になった	本来処方された アスピリン錠と間違えて入力された (般)アプリジン塩酸塩カプセルの先発品のアスピノンカプセルと名称が似ていた・・・入力の際、最初の2文字ぐらいで検索のため・・・間違えて処方箋に記載されたと思われる。	今後もこのような記載例に気付くように、薬品名だけでなく 薬効等の内容も含めて確認する	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20			医薬品		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。
74	3歳の子供にアスピノンカプセルが処方されていた。処方医の手書きではなく印字の処方箋であった。通常では子供に不整脈の薬は不自然であり、処方箋発行時にアスピリンDSと勘違いし入力したと推察し処方医へ疑義した。アスピリンDSへ変更となった。	病院スタッフのコンピュータ入力ミス。	この薬剤に関わらず、薬局在庫の名称類似品を薬局内ミーティングで確認し情報共有をした。	アスピノンカプセル20	アスピリンドライシロップ2%			医薬品		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。
75	一般名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgとアスピノンカプセル20mgが記載された処方箋を持参。患者へ受診理由を確認したところ咳と鼻水症状で受診したとのこと。アスピノンカプセル20mgは不整脈の薬であり、類似の薬品名に咳止めのアスピリン錠20mgがあることから処方士の誤りを疑い疑義照会したところ、アスピノンカプセル20mgはアスピリン錠20mgへ変更となった。	アスピノン、アスピリンともに頭3文字が『アスヘ』となること、また規格も20mgと同じであったことなどから入力を行ったものと思われる。	引き続き、患者への聞き取り内容と処方内容とに矛盾がないか確認していく。	アスピノンカプセル20	アスピリン錠20		その他			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。
76	アスピノン、アスピリン名称が酷似している事による処方箋記載時の薬剤選択ミス			アスピノンカプセル20	アスピリン錠20				その他	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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
77	処方箋にアスペノンカプセル20mg、3C分3毎食後5日分の記載があったが、前後の処方がピーエイ配合錠、ムコソルバンL錠45mgであり違和感を覚えたため患者様に症状を確認。風邪の症状で受診したとのことだったので疑義照会をしたところ、アスペリン錠20mgの間違いであることが判明。変更して調剤をした。	病院での入力で、名前の似ているアスペノンカプセル20mgとアスペリン錠20mgを間違えたと考えられる。	毎度の処方せん監査を怠らないこと。前後の処方内容や患者様の聞き取りからおかしな点がある場合はすぐに確認をする。似た名前の薬の間違いのパターンを把握しておく。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20		その他			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。
78	薬歴から判断して、アスペノンの処方なのにアスペリンで処方されていた。	似たような薬の名前で、間違えやすいので確認をよくしたい。	間違えやすい薬はリストを作って周知徹底しよう。	アスペリン錠20	アスペノンカプセル20	連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	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。
79	処方もとにおいて、先発名称入力後一般名に変更される設定する仕様において、アスペリン錠10mgと入力するところアスペノンCP10mgを入力してしまった。小児であり、PL、トランサミンとアスペリンと思われ疑義紹介した。入力間違いでアスペリン錠10mgに変更となった。	一般名に変換されるため意図した薬品かどうか確認することが漏れたようである。	外用薬では類似する一般名が多く判断に難儀する。厚労省の一般名公示の問題。特にヘパリン類似物質やステロイド薬。	アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	アスペリン錠10		その他	コンピュータシステム 医薬品		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。
80	一般名アプリンジンカプセル20mgの処方あり。一調剤内の他薬がカルボシステイン、デキストロメトर्फアン、ブロムヘキシンで風邪症状緩和の薬。アプリンジンは不自然に感じたため、患者に不整脈があるか聞いたところ、ないとの返答。処方医に疑義照会したところ、アスペリン錠20mgの間違いであった。	医院側のミスの為、背景は不明。薬品名が類似しているため、パソコン入力の際に間違えたと思われる。	今回は医院側の入力ミスだが、薬局でも処方箋受付、入力時に薬品名をよく確認する、入力後に再確認する。監査の際も薬品名の確認だけでなく、処方内容全体から判断して不自然な点があれば患者に確認、医師に疑義照会をする。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスペリン錠20			コンピュータシステム 医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
81	アテレックを医師がアレロックと勘違いし、アテレックはかゆみが治まったので中止と指示が出ていたが、実際は降圧薬で、血圧に変化はなく、疑義照会したところ、アテレック中止は無しとなった。	名前が似ているので気を付けたい。		アテレック錠10	アテレック錠10			医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ムカデに刺されたという患者にアテレック5mg2錠分2が処方された。医師より血圧は少し高めだが、血圧の薬は飲まずに様子見ようと言われたとのこと。用法も添付文書上と異なる為、疑義照会後、アレロック5mg2錠分2へ処方変更となった。	薬品名が類似、規格同じであることによる、処方薬の選択間違い	do処方でない処方や用法が添付文章上と異なる処方について、特に症状や医師の指示をよく確認して調剤・交付する。	アテレック錠5	アレロック錠5			医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
83	アテレック錠5mgが処方になっていたが、他の処方内容が風邪薬5日分、解熱剤などであったため、病院での入力ミスの可能性を疑った。新患の患者だったが、本人にも血圧の薬が出る話は聞いているか、今までも飲んでいたか、など確認し飲んでいないし検査もしていないということで、病院に疑義照会した。	病院での処方箋入力のミスと電話で確認。アレロック錠5mgが正しく、確認の上変更した。薬品名称が類似しているため、入力時に頭文字検索で似ているものを誤って入力したと思われる。	用法としては問題がないとはいえ、服用してしまえば低血圧症状が出たと考えられる。患者情報の収集と、他薬剤との兼ね合いも考えて処方薬を確認することが重要と思われる。	アテレック錠5	アレロック錠5			医薬品		アテレックとアレロックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	一般名ゾニサミド散3g分3で医師から処方が出ていた。科は消化器内科。新規処方かつんかんの既往歴がなく、初期投与量にしては多い処方のため、ゾニサミド散の先発であるエクセグラン酸と消化酵素製剤であるエクセラゼ配合錠と間違っただのではないかと推測。疑義の結果、ゾニサミド散はマックターゼ配合錠6錠分3に変更となった。	検索システムによる類似名称品を選択したことによると思われる。	先入観をもたず最後まで名称をきちんと確認する	エクセグラン散20%	マックターゼ配合錠			医薬品		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
85	てんかんの既往歴のない患者さんにエクセグラン散20%1.2g 3×毎食後が処方されていた。初回投与量が一日100から200mgをこえていることと、前回まで他の胃薬が処方されていることから、処方間違いではないかと考え、ドクターに問合せ。エクセラーゼ配合顆粒の入力間違いとの返事。顆粒製造中止のためベリチーム3g3×へ処方変更	エクセグラン、エクセラーゼ、名称が似ているため、パソコン入力時に誤って入力したようだ	処方箋だけでなく患者さんの薬歴を見て既往歴を考え処方内容を考え調整するよう注意喚起した	エクセグラン散20%	エクセラーゼ配合顆粒		その他			エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
86	処方内容が、エクセグラン、メクロブラミド、テブレノン、カロナール、他外用、であった。エクセグラン100mg3錠/日で処方されていること、聞き取りよりてんかんの症状はないことより、疑義照会。エクセグランからエクセラーゼに変更になった。	内科の処方箋の薬の入力の仕方が、先発品を入れてから一般名に変換するやり方。エクセグランとエクセラーゼが似ているので間違えたと考えられる。	内科では、医療事務の人も、病名の確認をするなど、間違いに気が付けるようにするとよいと考える。薬局では引き続き症状の聞き取りをきちんとし、疑問がある場合には必ず疑義照会をする。今回のエクセグランに関しては1日量300mgというところでも過量のため疑義照会をする機会があった。初めて処方される薬は添付文書の確認を必ずする。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
87	消化器内科の処方箋を受け付け、コスパノン錠とエクセグラン錠の処方の記載があった。調剤監査し、投薬時に患者様に症状をお伺いした所、てんかん等の症状は無く消化不良での受診であった。エクセグラン錠について疑義照会し、エクセラーゼ錠の記載間違いと判明。病院のマスターではエクセラーゼ錠が入力出来ないとの事で、ベリチーム配合顆粒に処方変更となった。	エクセラーゼ錠とエクセグラン錠の名称類似	投薬時にしっかりと聞き取りをする。	エクセグラン錠100mg	ベリチーム配合顆粒			コンピュータシステム 医薬品		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
88	(一般名)ゾニサミド錠100mg、(一般名)ピフィズス菌錠12mg、(一般名)ペルベリン塩化物錠100mg、(一般名)レバミピド錠100mgの処方。患者への聞き取りにより、胃腸症状での受診でてんかんの症状や既往歴はないことを聴取。一般名ゾニサミド錠(先発品:エクセグラン錠)の処方について、エクセラージェ配合錠の処方誤りである可能性があったため、疑義照会を実施。ゾニサミド錠は処方削除となり、エクセラージェ配合錠へ処方変更となった。	処方箋へは一般名での記載となっていたが、医師が処方内容を入力する際は薬品名称で入力したものである。エクセグラン錠とエクセラージェ配合錠の類似名称の選択ミスと考えられる。		エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠			コンピュータシステム 医薬品		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
89	患者が処方せんをもって来局した。話を聞くと、膝が痛くて受診したとのことだった。医師からは痛み止めと胃薬を処方するので服用して様子を見るように指示があったとのことだった。処方せんの内容を確認すると、処方薬の中には、ロキソニンとエクセグランの記載があった。ロキソニンは痛み止めだが、エクセグランは胃薬ではない。患者の話と相違があるので、処方入力の間違いの可能性もあるため処方医へ確認の問い合わせを行った。問い合わせの結果、処方医の指示により、エクセグランは処方削除となり、本来この患者に必要な薬であるエクセラージェ配合錠へ処方変更となった。本来必要のない薬の投薬を回避することになり、患者の健康被害を未然に防ぐことができた。	薬品名の類似による処方入力の間違い。	患者の話と処方箋の内容に相違がないかよく確認する。疑念がある場合は疑義紹介をする。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠				その他	エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	胃腸炎で受診の患者にビオフェルミンとエクセグランが一般名で処方。てんかんやけいれんの既往現病なく疑義紹介したところエクセグランではなくエクセラージェの一般名処方を意図していたと判明。	医療機関側が商品名を入力したら一般名が処方されるレセコンを使用していたと思われるため。一般名は全然異なるが商品名が類似する医薬品が選ばれたと考えられる。	薬局側は処方意図に疑問を感じる際は、一般名処方でも商品名を考慮し類似名称の入力間違いの可能性を考慮する。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠			医薬品		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
91	下痢が続く患者に、他院より継続の降圧剤や整腸剤と一緒に、手帳では服用歴が確認できないエクセグランが処方されていた。薬を受け取りに来ていた患者家族に、患者のてんかんや痙攣の既往について確認したところ、今までそういうことはなかったという返答であった。また、今日は消化剤追加するという話があったと聞き取った。そのため、エクセグランではなく、名前の似たエクセラゼの処方が正しいと考え、疑義照会した結果、エクセグランは削除となりエクセラゼ配合錠が追加となった。	エクセグランとエクセラゼの処方入力ミスはよく知られており、写真入りの注意喚起ポスターも当薬局では掲示している。新患であったが、お薬手帳より服用歴がないことからエクセグラン処方について疑問に思い、患者に既往歴なしと確認し、消化剤というキーワードが出た段階で入力ミスだろうと判断し、疑義照会した。	商品名称の似た薬剤の処方入力、調剤ミスについては以前から注意喚起されている。処方箋は一般名処方へと変わってきているため、調剤ミスは減っていくと思われるが、電子カルテ上医師は商品名で入力している可能性がある。今後も名称が似た薬品の処方入力ミスは起きやすいという、今までのヒヤリハット事例を念頭におき処方監査していかなければならない。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠				その他	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
92	風邪の症状で内科におかかりの患者さんが来局。処方内容はRp1)ピラノア錠20mg、Rp2)一般名ゾニサミド錠100mg、Rp3)レスタミンコーワクリームてんかんも無く、表書きにもてんかんの既往歴がないことを確認。ゾニサミド錠(一般名、エクセグラン)の処方理由が判らず、患者さんに確認。医師の説明は胃薬を出すとのことだった。処方元医師に疑義照会をしたところ「エクセラゼ配合錠の一般名を記載したはず」とのことだった。	「エクセグラン」と「エクセラゼ」の商品名が似ていること、医師が一般名処方に変更した段階で商品名が確認できなくなってしまうことに起因すると考えられる。	一般名処方に変更の際に処方箋等に商品名も記載されると問題が起きにくくなると思われる。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
93	他病院から転院された患者さま。一般名ゾニサミド錠の処方が出ていたが、今までの併用薬の情報とお薬手帳からエクセラゼ配合錠の誤りではないかと疑った。患者さまに話を聞いてもゾニサミドを使用するような症状は一切なかったので、疑義照会。結果エクセラゼ配合錠の間違いだったと判明。	ゾニサミドの先発品がエクセグランであり、エクセラゼと最初の3文字が共通している。クリニックが処方を出す際、頭文字で検索をし、誤った薬剤が出ていることに気付かず、それを一般名にしてそのまま出してしまうと考えられる。	一般名処方では全く違う名前になっても製品名が似ている薬を間違えて処方している可能性があることを念頭に置かなくてはならない。確認を徹底していく。クリニックも処方の間違いがないか、処方箋を発行した段階で医師が確認すれば、今回のようなことは防げると考えられる。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			その他		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
94	エクセラゼ配合錠2錠1日2回朝夕食後2日分処方される。患者様とお話で薬を元に戻すと言われたとの事。以前はエクセグラン錠100mgが出ており、薬の名前変わるかも知れないけど、元の薬に戻すという説明を受けられていた。薬効が違い、名称が似ているので、疑義照会。エクセグラン錠100mg 2錠 1日2回朝夕食後 2日分に変更。	レセコンで薬剤を選ぶときに、選び間違えたと考えられる。	入力後、再度正しく入力されているか確認する。	エクセラゼ配合錠	エクセグラン錠100mg	確認を怠った		医薬品		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
95	先発名セロクエル錠とセロクラール錠の名称類似により間違いが起こったようです。処方箋にはセロクエル錠の一般名で記載されており、患者様にとっては初処方だった為ご本人に確認したところ、脳の循環を良くする薬が出ると医師から説明があったと教えて下さいました。患者様が以前服用されていた脳循環代謝改善薬であるセロクラール錠のことではと考え疑義照会しました。その後名称が似通っているセロクエル錠と間違えていたと返答があり、セロクラール錠の一般名の処方変更となりました。	30日分の処方でも来局が2か月ごと服薬コンプライアンスが不良であった。そのため、血糖コントロールが不良になっているのは薬効不足ではない可能性があり、低血糖リスクが高いと考え疑義照会を行った。	患者様のお話に傾聴し、きちんと処方がされているかの確認をした事で処方間違いを防ぐことが事案です。今後も患者様のお話をよく聞き、適切な処方か確認し、病院と連携を取りながら患者様が安心して服薬できるように努めてまいりたいと思います。	クエチアピン錠25mg「MEEK」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「トローワ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
96	新患として当該患者が来局。当初セロクエル100mg3錠1日3回毎食後10日分で処方されていたが、問診票にてめまいのため受診と判明。セロクエルの適応症ではなく、処方内容に違和感を覚えたため疑義照会。照会した結果、セロクラール錠20mgの誤りと判明。	類似した薬品名だったため医事課での処方入力時に誤ったと推測される。	初回問診時にしっかりと患者より聴取するが必要。	セロクエル100mg錠	セロクラール錠20mg		その他			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
97	一般名「クエチアピン錠25mg」(商品名セロクエル錠)3錠毎食後の処方。脳外科セロクエルではなくセロクラールの間違いではないかと疑義照会したところ、処方間違いであったことが発覚した。	当該病院の脳外科にて、セロクエルの処方ができることが少ないため、処方意図不明瞭なこともあり疑義照会を行った。また過去に当該医師の処方に置いて、セロクエルとセロクラールの処方ミスが合った事も事例として共有されていたことから、今回も同じミスの可能性が考えられた。類似医薬品名のミスについて、以前から情報共有していたが、今回調剤者はその事例を知らなかった事で鑑査に回ってきた。	類似医薬品名の処方について再度情報共有の徹底を図る。病院へも申し入れを行う	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		知識が不足していた	医薬品		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。
98	新患でザルティガ錠5とプレドニゾン5が出ていて、ステロイドはザイティガ錠と併用するのでは処方間違いかと思い疑義照会	類似名称なので医師が処方間違えた	窺々照会してザイティガ錠に変更になった。これからも処方監査に気をつけたい	ザルティア錠5mg	ザイティガ錠250mg				教育・訓練	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。
99	腹部大動脈瘤の手術後バイアスピリン開始、その後タケルダ配合錠に変更になり継続中の患者に、タケルダの代わりにタケキャブが処方された。医師から患者には処方変更は伝えられていないことを確認し、照会したところ誤処方であることが判明した。	タケルダとタケキャブ、類似名称であった。	処方変更があった場合には、その理由をその都度しっかり確認し、疑問に思った場合には必ず疑義照会を行ってから投薬する。	タケキャブ錠10mg	タケルダ配合錠			医薬品		タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
100	タケルダ配合とパファリン配合錠A81が同時に処方されていて、同一成分(アスピリン)が重なるため、疑義照会したところタケルダ配合錠ではなく、タケキャブ錠10mgの間違いだった。	手書き処方せんで、名前が似ているため処方医がタケキャブ錠10mgではなく、間違えてタケルダと記載してしまった。	名前が似ている薬剤に関しては監査時によく確認する。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg				その他	タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
101	透析中の患者。心疾患の既往歴ないが、タケルダ配合錠処方。再度、患者・患者家族に心疾患の有無を確認し、疑義。処方目的が不明だったタケルダ→タケキャブ(20)に変更。	名称が似ているため、入力ミスだろう。	引き続き、お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報収集をおこなうことで、処方箋内容の間違いがないか確認していく。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg		その他			タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	タケルダ錠が新しく追加となっていたが、投薬時に患者に聴き取りしたところ、胃の症状の訴えしなく胃薬が追加になるということしか聞いてないとのこと。疑義照会し、タケキャブ錠の処方間違いだったことが判明して、変更となった。	名前類似による処方間違いと考えられる。	薬が変更となった場合や追加の場合など、服薬指導時にしっかりと聞き取りをし再確認を行う	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg			医薬品		タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
103	逆流性食道炎の具合がラベプラゾールNa錠10mgではよくなかったため、タケルダ配合錠に変更になったと患者様から聞き取ったが、タケルダ配合錠はランソプラゾールとバイアスピリンの合剤のため疑義照会したところ、タケルダ配合錠はタケキャブ錠20mgに変更になった。	タケルダ配合錠とタケキャブ錠は名称の始めが類似しているため、処方時に選択間違いがあったと思われる。類似名称薬については特に注意が必要と再度認識した。		タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg			医薬品		タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	胃カメラ検査後に処方薬の追加あり。タケルダ配合錠が処方されていたが、服薬指導時に患者より血栓や塞栓の既往なしと確認し、疑義照会を行った。	疑義照会時、医師からの回答でもタケブロン錠のつもりで処方していた様子があった。PC入力時に薬剤検索を誤った可能性が高い。再度、検査結果を考慮し、タケキャブ錠へと処方変更になった。	今回は服薬指導を行った薬剤師がタケルダ配合錠に対する知識があったため、未然に防ぐことができた。薬剤名が似ている薬のため、だれが服薬指導を行っても気づけるように処方監査時にも注意喚起するようにする。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠20mg			コンピュータシステム		タケキャブとタケルダの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
105	初回の患者が来局し、一般名でジェノゲスト錠1mg2錠/2×朝夕食後14日分の処方箋を持参された。薬剤師が症状などの問診(聞き取り)をしていると、出血が止まらないとの訴えで来院されたとのこと。子宮内膜症や子宮腺筋症に該当する説明は医師からはなく、次回の受診は1か月後であるにもかかわらず、処方箋は14日分。医師からは飲み切ってから様子を見るようにとの説明があった。年齢も若いため、薬剤師が黄体ホルモン剤のデュファストンと間違えているのではないかと病院へ問い合わせし、デュファストン5mg2錠/2×朝夕食後、14日分変更になった。	医療機関で処方箋を入力する際に、名前がディナゲストとデュファストンで似ていることが原因と考えられる。単純なミス注意散漫	医師だけでなく、ほかのスタッフにも確認してから患者へお渡しすることで、ダブルチェックにもなると思われる。薬局では問診をきちんとし、症状と薬の効能をきちんと判断でき、疑義照会して変更に至ることができたため、症状の聞き取りは非常に大事であると思われる。	ディナゲスト錠1mg	デュファストン錠5mg	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品	仕組み	ディナゲストとデュファストンの販売名類似については、薬剤取違事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	喘息の患者様で気管支を拡張する薬を出すと言っているとのことだったが、処方がカルバマゼピン錠100mgであったため疑義。テオフィリン錠200mgの間違いであることが分かった。	テグレート錠とテオドール錠の病院側の選り間違いと思われる。	名前の似た薬は入力を間違われる場合もあるので注意が必要。	テグレート錠100mg	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」			医薬品		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	男性にノルバデックスが処方されていたことから疑問を持ち、お薬手帳と患者様への聞き取りにより医師に疑義照会したところ、類似医薬品による処方入力ミスである事が判明	処方入力で類似しているため病院で入力ミスが発生したと考えられる。用量も同じでミスに気づけなかったと思われる。	類似医薬品については入力の際に簡単に薬効等も表示されるようにしたり、注意喚起できるマーク等を入れられると間違いが防げると考えられる。薬局では病歴についての継続的な聞き取り、更新を怠らないように努める必要があると考えられる。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg			医薬品		ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、薬剤取違事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
108	バルトックス錠60mgが1日2錠分2、5日分で処方あり→用法に違和感があり、バルトレックスの用法に似ているため疑問に思い疑義照会実施→バルトレックス錠500mgへ変更となる。	医薬品名がバルトックスとバルトレックスで似ていることが、処方箋の記載が誤ったものになってしまった原因と考えられる。	4文字入力にする。類似名に注意して確認する。	バルトックス錠60mg	バルトレックス錠500			医薬品		バルトックスの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。

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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
109	パルトックス錠60mgの処方箋を受け、対応。患者対応の際、带状疱疹でありパントテン酸の話は医師より聞いていないと話あり。医師に問い合わせたところパルトックス錠ではなく、正しくはバルトレックス錠であったとわかった。	名称が似ていたため、入力の際誤ったと考えられる。	患者の受診理由を聞き取り、処方されている薬が適しているかしっかりと確認する。	パルトックス錠60mg	バルトレックス錠500				その他	パルトックスの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更済である。
110	マイスタン錠10mgが処方されていたが、患者様の訴えでは眠れない、ということだったので疑義照会したところ薬が変更になった。	名称が類似しているため入力を間違えたと思われる。	処方された薬と患者の訴えと食い違っていないかの確認を怠らない。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg				その他	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。
111	定期薬に新規でマイスタン錠10mg処方。患者様は不眠の訴えによる追加とのこと。疑義にてマイスリー錠10mgに変更となった。	薬局にて、今回診察時の主訴、てんかん既往、抗てんかん薬の併用の有無を確認し、名称類似のための処方間違いではないかと思い、疑義にて確認、処方変更に至った。	薬剤類似薬に関しては、患者の主訴、併用薬の確認を当然だがしっかり行う事、調剤棚への注意喚起と、今回の事例をスタッフに周知させることで未然に防ぎたい。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg			医薬品		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。
112	患者様はイライラの薬を出るだけ量を上げてほしいと頼んだとのこと。以前、マイスリー5mgが処方されており、マイスリーがないと困ることであった。イライラの目的で処方されているため、マイスタンの処方もありえるが、マイスリーの処方歴もあるため、処方医へ疑義照会した。マイスタン10mgではなく、マイスリー10mgに変更の回答あり。	マイスリー・マイスタン共に10mgの製剤が存在する。電子カルテの薬品検索で3文字までの入力だと、おそらくマイスタンが候補として先が上がってくるものと思われる。	両剤とも同じような作用機序ではあるが、半減期などは全く異なる。患者様の訴えからはマイスタン錠処方も考えられるが、薬歴や薬剤名が類似しており、健康被害を未然に防ぐためにも、疑義照会する必要があること周知する。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg			医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
113	当薬局を初めて利用する患者が来局した。処方内容はマイスタン錠10mg1錠、分1、就寝前、パップフォー錠20mg1錠、分1、朝食後であった。受診理由を尋ねると1ヶ月前に子宮筋腫の手術した後、不眠、頻尿になったためということがわかった。処方内容と患者の話が矛盾しているため、疑義照会をした。マイスタン錠10mgがマイスリー錠10mgに変更となった。	類似品名で規格も10mgと同一のため、マイスリーと入力するところをマイスタンと入力したようだ。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		その他			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。
114	今回マイスタン錠5mgが初めて処方された患者。患者は医療機関にマイスリー錠5mgを希望したと投薬時に確認がとれたため疑義照会を行ったところ、マイスタン錠5mgからマイスリー錠5mgへ処方変更になった。	マイスタン錠5mgとマイスリー錠5mgは名称も似ており規格も同様であるため、医療機関側の入力間違いではないかと考えられる。	投薬時に患者から現病歴などの聞き取りを行うことの重要性を改めて認識できた事例である。処方箋の内容だけで判断せず、患者からの聞き取りをしっかりと行い、その内容と処方箋の内容に食い違いが生じている場合は必ず医療機関へ疑義照会を行うよう徹底する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			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。
115	不眠を訴えられる患者様にマイスタン錠5mgが頓服 不眠時で処方されていました。念のため処方医に問い合わせたところマイスリー錠5mgに処方変更となりました。	名称が類似していることが間違いの原因と考えられます。○単純なミス	投薬の際には患者様の訴えられる症状と処方薬とに矛盾がないかを確認する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品		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。
116	新規患者様の処方箋で、マイスタン(5)0.5T 1×就寝前 があった。今まで服用していた薬情と既往歴にてんかんがないことから疑義照会を行ったところマイスリー(5)0.5T 1×就寝前へ変更になった。	薬品名、規格の類似から、頭文字3文字入力にて処方箋を入力したことによる間違いだと思われる。	薬品名や規格の類似した薬は多くなっているので、処方せん内での薬内容の確認はもちろん、薬手帳や既往歴の把握の重要性を再確認した。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg				その他	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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
117	「マイスタン錠5mg 1回1錠 1日1回 就寝前 14日」が処方されていた。薬局の窓口での患者からヒアリングでは、患者は以前よりマイスリー10mgを服用しているが、効果が強いと感じて錠剤を半錠にして服用している状況を医師に医師に伝えたところ、今回、半分の規格を処方してくれると医師が言っていたとのことだった。しかし、処方されていたのがマイスタン錠であり、お薬手帳や本人との会話からマイスタン錠の適応であるてんかんの既往はないと判断し、疑義照会を行ったところ、「マイスリー錠5mg 1回1錠 1日1回 就寝前 14日」に変更となった。	「マイスリー」と「マイスタン」の販売名類似に起因する処方入力ミスと考えられる。	処方内容と患者からの情報把握、過去の処方との比較を徹底して、処方監査に努める。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			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。
118	老健施設入所患者。定期薬に加え「頓服薬 マイスタン錠5mg 不眠時10回分」の処方がなされた。薬局記録にてんかんなどの既往がなかったため、処方医に問い合わせ。「マイスリー錠5mg」へ変更となった。	商品名が類似し、同一用量であった。	マイスタンの処方時は必ずてんかん等の既往があるかどうかを確認する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
119	眠れないので睡眠薬をレンドルミンD錠0.25mgから違う薬に変更してもらったと聴取。門前でマイスタン錠5mgが処方されることはまれであり、薬効も異なるため疑義照会を実施。マイスリー錠5mgの処方オーダー時の選択ミスであることが発覚。	マから始まる医薬品であり、規格も同一規格のため、選択ミスが発生したと思われる。	名称が類似しており、選択ミスが起きやすい薬剤は、販売名の前に薬効を表示したり、先頭3文字が一致しているもののみを表示することや、抗癌剤などのハイリスク薬では注意を促す画面を表示したり、先頭に特定の文字を入れないと入力できないようにするなどの工夫を施し対策する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
120	マイスタン錠5mgが処方されたが、薬局で得ている情報では患者様はてんかんの既往がなく、もしかしてマイスリー錠の間違いではないかと処方医に確認すると、やはりマイスリー錠の間違いであった。	薬品名の類似	投薬の際得た情報はきちんと記入し、薬局内で情報の共有をする。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
121	今まで不眠時にマイスリー錠5mgを服用していた患者に対して、今回は抗てんかん薬のマイスタン錠5mgが不眠時頓服で処方されたため、マイスリー錠5mgの誤りではないかと思ひ疑義照会した結果、マイスリー錠5mgへ変更となった。	名称が類似しているため、処方医はマイスリー錠5mgと入力するところを誤ってマイスタン錠5mgと入力してしまったようだ。	引き続き、名称が類似する他の医薬品が存在する薬については注意して処方鑑査を行っていくようにする。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			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。
122	マイスタン錠が初めて処方された患者。定期薬の一包化に時間がかかるため、処方箋を薬局窓口へ提出後、後から取りに来ると言われて外出された。てんかんの既往もなかったため疑問ではあったが、本人外出中でマイスタン処方された理由など確認とれず、一応処方通りに調剤。鑑査を担当した職員が「もしかして、マイスリーの間違いではないのか？」と疑問を感じ、処方元へ疑義照会。カルテの記録に、本人がゾルピデムを希望したと記録が残っており、マイスリーの間違いであったことが判明した。	本人はゾルピデムと表現して処方医へ伝えたようだが、処方入力の際に医師が選択間違いをしたと思われる。	マイスリーとマイスタンは類似名称の注意喚起がよく例に挙がるものの1つである。今回、患者の既往歴から処方疑問を感じ、疑義照会をして間違いが判明した。薬剤の適応症と患者の既往歴をよく確認することはもちろんのことだが、よくある過誤やヒヤリハット情報を把握しておくことも、このような間違いを発見し防ぐためには重要な手段の1つであると思われる。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他	医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
123	他所のクリニックより転院。今まで服用していた薬をお薬手帳にて確認したところ、ゾルピデム錠5mgを服用していたようだったが、今回処方されたのはマイスタン錠5mgだった。疑問に思い処方元に確認したところ、ゾルピデム(マイスリー)の入力間違いであることが判明した	処方元の処方オーダー時の入力間違い。名前が似ているので間違えたと思われる	処方元へ、医薬品の入力間違いにはくれぐれも注意するようお伝え	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
124	H病院より数か月に1回マイスリー錠5mgが処方されている患者にマイスタン錠5mgの処方あり。患者に医師との会話内容や今回の受診および処方理由を確認。睡眠薬がなくなったので薬を買いに來ただけとのことだったので、H病院にマイスタン錠をマイスリー錠と間違えて処方していないか問い合わせ。H病院よりマイスタン錠をマイスリー錠に変更するよう返答あり。	薬剤名、剤形、規格が類似しているため処方ミスが起こったと考えられる。	薬剤をすべて一般名にし、新規薬剤を承認する際は既存のものと頭3文字は一致しないようにするなどの規定を定める。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			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。
125	マイスタン錠5mgが初めて処方された患者に体調を確認した所、最近眠れない日が続いていたので薬を処方してもらったと仰っていた。てんかんの既往歴はなく症状も確認できなかった為、疑義照会を行った所マイスリー錠5mgに変更になった。	マイスタン錠5mgとマイスリー錠5mgで名称・規格が類似していた為、処方せん入力の際に誤りに気付かなかったと思われる。	患者の症状について問診をしっかりと行い、症状にあった処方がされているか確認を徹底する。類似名称の薬には注意喚起の規格札などを作成する。クライアントには処方入力時に類似名称に薬にはチェックが入るようなシステムの改善を希望します。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
126	泌尿器科で睡眠薬を希望され、マイスタン錠5mgが処方。疑義照会でマイスリー錠5mgに変更になった。	入力監査のみを行い、処方内容について疑問を持たなかった	処方監査をしっかりと行う。特に初回は医薬品名の類似等気を付ける。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	確認を怠った		医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
127	患者にA病院のガンマナイフ科からマイスタン錠5mgが初処方。投薬時に症状の確認を行った際、夜間眠れないことについて診察室で相談したとのこと。てんかん等の症状は全くなく、疑義照会で処方薬について確認。マイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgの処方間違いであることが判明した。	医薬品名類似のため、病院で処方時に医薬品選択間違いが起きたと考えられる。		マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg				その他	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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
128	不眠時頓用でマイスタン錠5mgが処方されていた。マイスタンはてんかんの治療薬のため疑義照会したところ、マイスリー錠5mgの誤りであることが判明した。	マイスリーとマイスタンは名前が似ており、3文字入力でも両方候補に挙がってきてしまうため注意が必要	名前が似ていて間違いやすい薬は、PC入力時に見えやすい場所に付箋などで貼っておくとよい	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他			マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
129	不眠時にマイスタンを処方されていたため疑義照会し、マイスリーに変更になった。	名前の似た薬が間違えて処方されることがあるので、より注意が必要。	-	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			その他		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
130	マイスタン5mg→マイスリー5mgに処方訂正睡眠導入剤と本人に確認し医師に問い合わせしたところ処方ミスであること確認できた。	名称類似しており、同規格なことから処方ミスが起きやすい。今回はリーゼからの処方変更。てんかんの薬の服用歴もないことから処方受付時に疑問を持つことができた。○単純なミス	類似した名称の薬があるものは併用薬や服用歴とよく確認しながら調剤する。用法用量も適正であるかよく確認する	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
131	新患でマイスタン錠5mgの頓服不眠時の処方箋を持参された。患者様の聞き取りで不眠があり心療内科受診したとのことで、疑義照会して、マイスリー錠5mgに変更になった。	マイスリー錠5mgとマイスタン錠5mgの名前がよく似ているのでインシデントがおこりやすい薬と認知されている薬ですが、現在でも実際起っていますので、薬を使用する目的も患者から聞き取って情報収集して確認してから交付したほうが良いと思います。	投薬する前にお薬の内容と薬品をよく確認することが大事です	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg		その他			マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
132	定期で整形外科、泌尿器科を受診し処方箋を2枚持参。両科ともユリーフが処方されていたため、整形外科に疑義照会を行った。なお、患者は整形外科でユリノームを継続服用している。照会の結果、ユリーフは誤りでありユリノームに変更となった。	処方元病院のシステムが不明なため背景は不明だが、名称類似によるものが主な要因と考えられる。	薬局においては、調剤、監査時の処方内容確認を行う。	ユリーフOD錠4mg	ユリノーム錠25mg			医薬品		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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
							133	一般名ベンズプロロン錠が処方されていたが、患者からの聴取内容によると前立腺肥大治療の薬が出るのではないかと判断し疑義照会を実施したところ、ユリーフ錠の記載ミスであった。	ユリノーム錠とユリーフ錠は名称が若干似ているため、似ている名称の注意リストを作成し提供する。○単純なミス	
134	既存の患者様に新たにユリノームが追加になったため確認したところ、患者様の話とかみ合わなかったので疑義。ユリーフに変更になった。	ユリノームとユリーフの名称類似によるもの。	新しく追加された場合、患者様に症状を確認すること。	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg			コンピュータシステム 医薬品		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。
135	鼻炎の患者にルセフィー錠2.5mgを処方	似た薬品名には注意する。薬品名を決定する際十分に考慮する。	ルセフィーからルパフィン錠10mgに処方変更	ルセフィー錠2.5mg	ルパフィン錠10mg	確認を怠った	その他	コンピュータシステム	その他	ルセフィーとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
136	H病院に風邪の為受診した患者にルセフィ錠2.5mgの処方あり。患者に医師との会話内容等を確認したところ、風邪の薬を出すと言われおらず、糖尿病等の話はしていないとのこと。糖尿病の既往歴もなし。ルパフィン錠等の名称が類似している薬剤と処方を間違えた可能性を考慮し、H病院へ薬剤変更の問い合わせ。→返答なかったため、病院へ直接伺い、処方医へ口頭で疑義。ルパフィンでも別にいいとの返答あったため処方変更。服用時間が朝食後のままになっていたため、寝る前に変更しなくてよいか問い合わせたが、それは変更しなくてよとの返答あり。	医師の処方ミス。	医師の知識向上。	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg		その他			ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、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。
137	ルセフィ錠2.5mg1日1回朝食後で処方されていた。患者に聞くと抗アレルギー剤を希望していたことが判明。クリニックに疑義照会を行ったところルパフィン錠を出す予定だったとのこと。ルパフィン錠10mg1日1回朝食後に変更になった。	薬品名が似ているのが要因。	患者の症状を確認し、薬効に適応しているか確認を怠らない。	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg			医薬品		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、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。
138	Drより電話にてデザレックス(供給中止中の薬剤)に代わる薬剤の在庫の聞き合わせがあり、アレルギー疾患薬ルパフィンについて情報提供。その後ルパフィンを処方すべき患者に、ルセフィが処方されていた。	「ル」で薬剤をDrが検索し、処方時にミスした。新規の薬剤であったため、病状の確認をしている際に気づき疑義変更となった。	処方前にあった電話での情報提供の際、担当した薬剤師が早口であったため、Drが聞き取りが不十分だったことが考えられる。薬剤名など類似する発音が多いものに関しては、ゆっくり聞き取れるようにする。	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg			医薬品		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、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。
139	初めての処方時 投薬時に腸尿の薬が処方されると確認を行ったら、患者様が私は糖尿病なの？花粉症で受診したつもりだけど糖尿なの？と言うので病院に確認の電話したらアレルギーの薬変更になった	名前が似ているため入力間違いを行ったみたい	患者様との確認 投薬で防止できること	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg		その他			ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、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
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
140	ルパフィン処方のところ、ルセフィで誤入力があった	名前が似ていた	薬局での改善策はとくになし	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg				その他	ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、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。
141	93才男性。以前までアロチノール10mgサワイを服用していたが今回削除されてアロプリノール100mgサワイに変更になっていた。採血もなく尿酸値についての指摘もないとのことで疑義照会したところ間違いであったことがわかりアロチノール10mgサワイに変更になった。	・レセコン上の変更が病院でありマスタが変わった。・アロチノール10mgサワイ、アロプリノール100mgサワイと頭文字2文字が一致、最後もノールが共通、規格も10mg、100mgと似ていて同じサワイ商品であることが訂正時に間違えてしまった理由と考えられる。	症状の確認と検査実施の有無などの類似名医薬品の変更時は特に患者さんへの聞き取りを行う。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノール塩酸塩錠10mg「サワイ」	確認を怠った		コンピュータシステム		アロプリノールとアロチノ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。
142	ロフラゼブ酸エチル錠1mgを2錠分1朝食後で継続服用されている患者様で、いつもは一般名処方での記載であったが、メイラックス錠1mgと記載が変更となっており、2錠から1錠に減量となっていた。患者様に、先発品をご希望かどうか、医師から減量の説明があったかを確認したところ、「現在服用中の薬は依存性が高く持続性がないため、依存性が低い持続性の薬に変更する」との説明があったとの事。薬局では、医師がロラゼパムとロフラゼブを間違えた可能性があるかと判断し、医師に疑義照会したところ、やはり現在服用中の薬はロラゼパムだと思い込んでいたという事で、処方はずっとのロフラゼブ酸エチル錠1mg2錠分1朝食後に変更となった。	一般名が似ていることによる間違い。		ロフラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」				その他		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
143	新規来局患者。一般名でロラゼパム錠0.5mgの処方があったが、お薬手帳確認により、転院前の病院ではロフラゼブ酸エチル錠1mgを継続していたことが判明した。疑義照会后、ロフラゼブ酸エチル錠1mgに処方変更になった。	一般名が類似しているため、医師が処方を選び間違えたと考えられる。お薬手帳の確認で発覚した。		ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」			医薬品		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
144	お薬手帳より、継続でロフラゼブ酸エチル錠1mg1錠夕食後で服用していた。今回転院で、初めてした医療機関より一般名ロラゼパム錠1mg1錠夕食後が処方されていた。ロラゼパムは一般的に分2～3で服用することと、患者様とお話で医師よりお薬の変更を聞いていないことからロラゼパムとロフラゼブの処方間違いを疑い疑義紹介した。結果、一般名ロフラゼブ酸エチル錠1mg1錠夕食後に変更となった。	ロラゼパムとロフラゼブは心療内科において処方頻度が多く、一般名が酷似しており、同一規格が存在するため処方が出た際は特に注意している。効能・効果は類似しているが、半減期が異なるため間違いが生じると意図された治療効果が発揮されない可能性が高い。		ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他	コンピュータシステム		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
145	脳神経科からアイトロール錠(一般名:一硝酸イソソルビド)が処方されている患者に対し、硝酸薬である硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」と硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」が処方。硝酸薬3剤併用について処方元へ疑義照会を行ったところ、処方元の外来事務を介して「この間循環器科に入院しており、入院先の医療機関からの紹介状に沿って処方したため3剤併用」との返答あり。患者自身が持参したお薬手帳には入院中の薬剤や退院時処方の内容についての記載はなく、患者自身も服用していた薬剤を把握していなかったため、改めて疑義照会を行った。処方元の医療機関の薬剤部に紹介状を確認してもらったところ、紹介状には「一硝酸イソソルビド錠20mg」と「フランドルテープ40mg」の2剤の記載であったため薬剤部から処方医に確認。その結果、硝酸イソソルビド徐放錠20mgは処方削除となった。	処方元の薬剤部に確認したところ、本来他の医療機関の紹介状に記載された処方内容を処方する場合には医師から一旦薬剤部に薬剤鑑別を依頼し、その結果を基に処方するルールになっているが、今回のケースでは薬剤部に薬剤鑑別の依頼がないまま処方に至ったとのことであった。また一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドを名称類似により誤認したこと、アイトロール錠＝一硝酸イソソルビドという認識がなかったのではないかとのこと。	(処方元の医療機関)紹介状に記載された内容を処方する場合には、処方前に薬剤部での薬剤鑑別の実施を徹底する。(保険薬局)名称類似薬品に対しては薬品マスタの名称の前に【名称類似】と表示して注意喚起を行なう。	アイトロール錠20mg 硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」 硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」		確認を怠った連携ができていなかった		医薬品	仕組み	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
146	他院からの継続で処方された処方今までアイトロール(一般名一硝酸イソソルビド)を服用していたが、処方一般名硝酸イソソルビド(先発名フランドル)で処方されていたので疑義照会を行った一般名一硝酸イソソルビドに変更になった	今までもヒヤリハット事例で報告されているが、一般名が極めて類似しており、注意が必要である近年、フランドルより、アイトロールの処方が多いので今までの服用歴、医師の意図を確認する必要がある		フランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った				硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
147	A病院からB病院へ転院した患者の処方。B病院で硝酸イソソルビド徐放錠(一般名処方、以降も全て一般名処方)が処方されていた。薬歴を確認したところA病院では一硝酸イソソルビドが処方されていたため、B病院に疑義照会を行なった結果、一硝酸イソソルビドの間違えであった。処方箋では硝酸イソソルビドとなっていたが薬局事務が後発医薬品をアイトロールと付箋で記載していたことから薬局事務も過去の入力から間違えて転記したと思われる。一般名が類似していることによる薬剤の取り違いは起こりやすくPMDA医療安全情報にも記載されている。	A病院からB病院へ転院した際に医師が処方を写し間違い起こったミスと推測される。	DO処方の場合も処方箋の確認を怠らない。PMDA医療安全情報に記載されている製品の注意喚起を薬局内で行う。患者からの聞き取り、お薬手帳・薬歴の確認を徹底。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg				その他	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
148	他の病院から転院し、初めての処方が出された。一般名で「硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg」が処方されていたが、患者が入居している施設より送られていた最新の薬剤情報から「一硝酸イソソルビド錠20mg」を服用していることが分かった。	漢数字の「一」を医師または入力者が見落としした可能性がある。	今回のように患者が転院したあと初めて処方を受ける場合など、前の病院の薬剤情報を入手して処方を確認する。類似した医薬品の存在があることを知っておき、本当にその薬でよいかと確認する意識を持つ。	ニトロールRカプセル20mg	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」			医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
149	今まで一硝酸イソソルビド徐放錠20mg「タイヨー」を服用していた患者に対して、転院後の病院から一般名処方硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていた。薬剤の変更について医師から患者への説明もなかったため、疑義照会を行った。その結果、一硝酸イソソルビド徐放錠20mgを処方するところを誤って硝酸イソソルビド徐放錠を処方していたことが分かり、一硝酸イソソルビド徐放錠20mgに処方変更となった。	一般名・後発品名が類似する医薬品であることが大きな原因であると考えられる。転院時、何らかの原因により処方薬の情報がうまく伝達されず、一硝酸イソソルビド徐放錠20mgを誤って硝酸イソソルビド徐放錠20mgと見間違い処方してしまったことが考えられる。	薬歴やお薬手帳の確認とともに患者・医療機関への確認が重要であるとされる。特に、転院・退院後初回の処方はミスが起こりやすいと考えられるので、十分な確認を行うことが重要と考えられる。	一硝酸イソソルビド錠10mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」			医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
150	別の医療機関へ入院されており、 久々の処方であった。ご家族の方が とりに来られており、処方内容は以 前と変わらないとのことだったため、 お薬手帳も確認し、薬局の患者履歴 も確認。いつもは硝酸イソソルビド徐 放錠20mgを服用していたため、今 回から硝酸イソソルビド錠20mgへ 変更になるのか疑義照会にいたっ た。	どちらの薬剤も硝酸薬であり、狭心 症の適応はある。ただし、硝酸イソソ ルビド徐放錠にはその他に、心筋梗 塞(急性期除く)、その他の虚血性心 疾患の適応もあるため、診断名も含 めて疑義照会が必要であった。また、 ISMN(一硝酸イソソルビド)は ISDN(硝酸イソソルビド)の活性代謝 物であり、ISDNより強力なため疑義 照会が必要であった。ISMN(一硝酸 イソソルビド)とISDN(硝酸イソソルビ ド)は、薬剤名が非常に似ているた め混同しやすい薬剤であり、特に一 般名処方では十分に注意すべき薬 剤である。もともと社内でも「間違い やすい薬剤」として注意喚起されて いる薬剤のため、発見に至った。		一硝酸イソソルビド錠2 0mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg 「トーフ」				その他	硝酸イソソルビドと一硝酸イ ソソルビドの販売名類似に ついては、薬剤取違え事例 等が複数報告されているこ とから、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施し ているところである。
151	盆休みでかかりつけ医院が休み、定期 薬のうち夕食後分だけ不足するた め、他院にて処方を依頼。開業医で は「硝酸イソソルビド徐放錠20mg (フランドルのジェネリック)」をもらっ ていたが、「一硝酸イソソルビド20 mg(アイトロールのジェネリック)」で 処方されていたため、疑義照会し処 方変更。	薬剤名類似しており、処方されたと思 われる。	今後も併用薬含め、しっかり確認し ていく	一硝酸イソソルビド錠2 0mg「タイヨー」	イソコロナールRカプセル20mg	連携がで きていな かった		医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イ ソソルビドの販売名類似に ついては、薬剤取違え事例 等が複数報告されているこ とから、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施し ているところである。
152	クリニックより一般名硝酸イソソルビ ド徐放カプセル20mgが処方された が、お薬手帳を確認したところ、前回 S総合病院では一般名一硝酸イソソ ルビド錠20mgが処方されていること が確認できた。クリニック医師に電 話で確認したところ一般名一硝酸イ ソソルビド錠20mgの間違いであるこ とがわかった。そのため、一般名硝 酸イソソルビド徐放カプセル20mgか ら一般名一硝酸イソソルビド錠20 mgに処方変更となった。	一般名が類似していることにより、こ のような処方ミスが起きたと考えら れる。	クリニック医師への注意喚起を行 う。薬局での取り違えを防ぐ対策を 検討する。	硝酸イソソルビド徐放カ プセル20mg「ZE」	一硝酸イソソルビド錠20mg「タ イヨー」	確認を 怠った	知識が不 足してい た	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イ ソソルビドの販売名類似に ついては、薬剤取違え事例 等が複数報告されているこ とから、製造販売業者は医 療機関へ注意喚起を実施し ているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
153	以前から一硝酸イソソルビド錠20mgを服用していることをお薬手帳から確認。今回、転院し、硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていた。患者自身からは以前の病院と同じ薬が出ると聞いていたことを確認。処方間違いを疑い疑義照会したところ、一硝酸イソソルビド錠20mgへ処方が変わった。	似ている薬剤名による単純なミスと思われる。	他医院からの紹介状だけでなく、お薬手帳や、持参された薬情なども併せて確認していただく。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	確認を怠った	知識が不足していた			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
154	他県の病院から転院。患者は処方医から今まで前病院で続けていたお薬の内容で処方されると伺っていた。お薬手帳と処方箋を確認。お薬手帳では「一硝酸イソソルビド錠」で記載。処方箋では「硝酸イソソルビド錠」で記載変更。処方医に疑義照会で確認すると同成分薬と勘違い。成分の違い、適応症の違いを説明し一硝酸イソソルビド錠に変更訂正となる。	一般名について、知識不足と確認不足があったと思われる。	類似名薬のリストを作成し処方医にも注意喚起していただく。	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10mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
155	以前からイソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を服用されている方に、一般名で一硝酸イソソルビド20mgの処方があり、患者様に変更の旨を処方医から聞いているか確認したが、いつも通りと言われたとのことで、疑義照会し一硝酸イソソルビドからイソソルビド徐放錠に変更になった。病院の入力間違いだったとのこと。	病院の入力ミスによるもの。	入力時に似た名前の方は特に注意しながら入力を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」				その他	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
156	他院処方薬をそのまま継続で処方してもらったと患者さまのお話があり処方箋とお薬手帳を確認。一般名処方で一硝酸イソソルビド錠20mgのところ硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方であったためお薬手帳を持参し処方医に確認。一般名処方で一硝酸イソソルビド錠20mgに処方変更となった。	医療機関側の要因。一般名が似ていることによる間違いだと思われる。	お薬手帳により間違いが避けられた事例であり、お薬手帳の確認をしっかり行う。また患者さまにお薬手帳の重要性をお伝えし、必ず持参していただくよう啓発に努める。	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」		その他	医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
157	「一般名」硝酸イソソルビド徐放錠20mgで処方されていたが、前回までの薬歴を確認したところ「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mgで調剤しており疑義照会したところ、前回通りの内容につき「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	一般名で非常に酷似しており、オーダリングミスが考えられるが薬歴確認で過誤を防ぐことができた	調剤前に薬歴を確認、疑義が生じた場合は問合せし引き続き過誤を防ぐ	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」	判断を誤った		医薬品		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
158	定期受診中の患者に、一般名：硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方あり。いつもは、一般名：一硝酸イソソルビド錠20mgであったが、患者本人も処方変更などの説明は受けておらず、病院に疑義照会し、一般名：一硝酸イソソルビド錠20mgの入力間違いであることが判明。	一般名の名称類似による入力ミス(病院側)と思われる。薬歴と患者聞き取りから、疑義照会し、ミスの回避につながった。	名称類似品のある薬剤の処方時には、確認をしっかりと行う。処方変更時など、患者が病院でどのような説明を受けているか、聞き取りをきちんと行う。	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」			その他		硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
159	以前から当薬局を利用していた患者が来客した。以前からA病院で継続処方されていた薬剤を今回から門前のB病院で処方されることとなった。A病院では一硝酸イソソルビド錠20mgを処方されていたことをお薬手帳で確認したが、B病院からの処方は一硝酸イソソルビド徐放錠20mgであった。名称類似ということもあり疑義照会をした結果、B病院の処方が一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	名称が似ており入力の際に異なる薬剤を選択したものと考えられる。	引き続きお薬手帳を活用し薬物治療の効果を確保する。特に今回の事例のように医療機関が変わることから処方する薬剤が変わるケースもあるため、薬剤変更の際は疑義照会を行い処方医の意図を確認していく。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		その他			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
160	【変更前】硝酸イソソルビド徐放錠20 【変更後】一硝酸イソソルビド錠20	他医療機関からの転院。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20」が記載。しかし、お薬手帳には、「一硝酸イソソルビド錠20」が記載されていた。患者様に確認したが、薬剤変更の話はなかった。疑義照会を行い、お薬手帳と同じ内容の「一硝酸イソソルビド錠20」へ変更となる。	医師が類似している医薬名を注意深く確認する。	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」				その他	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	公財)日本医療機能評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	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に関 わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
161	他の病院で一硝酸イソソルビド錠20mgを続けて服用していたことをお薬手帳から確認。今回転院し、医師からは今までと同じ薬を出すと言明があったが、処方された薬は硝酸イソソルビド徐放錠20mgだった。このため処方間違いを疑い疑義照会。一硝酸イソソルビド錠20mgに処方が変わった。	薬剤名が似ていたための単純なミスと思われる。		硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った	知識が不足していた			硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。