

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

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	ロラゼパム錠1mgが処方されていたが、ロフラゼパ酸エチル錠1mgを誤って調剤してしまった。投薬時、間違いに気づき患者には渡さずに済んだ。	薬品を五十音順で配置しており、同じ「ロ」であり「1mg」であることで、思い込みで調剤してしまう。忙しさなどは関係ないので、不注意をなくす	類似した薬品名、規格に関しては棚の表示を大きくし、注意喚起する。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	交付後、患者様よりいつもと違う薬が入っていると連絡を受けました。確認したところ処方されたロフラゼパ酸エチルではなくロラゼパム錠をお渡ししていることが判明。謝罪し正しい薬剤と交換させていただきます。	名称が似ていることと、規格の数字が同じだったこと、2剤とも向精神薬の為、同じ引き出しに入っているため、調剤時取り違えたと推測されます。	両方に類似薬剤名ありのシールを外箱に貼り、引き出しを開けて目につく場所にロラゼパム、ロフラゼパ酸エチルの類似薬剤名注意のシールを貼り再発防止に努めます。	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	向精神薬の棚卸で数が合わず、直近の調剤を調べたところ、調剤ミスが発覚。患者へ投薬した後で、服用前に回収、謝罪を行った。	ピッキング者と監査者が異なっていたが、どちらの目もすり抜けてしまった。確認の怠り、作業の慣れが原因と考える。	今回の間違いを薬局内で共有するとともに、間違いやすい商品名の薬剤に注意喚起の掲示を施した。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「トーフ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	ロラゼパム錠1mgを誤ってロフラゼパム錠1mgで渡してしまった。服用前に患者本人から電話連絡があり発覚した。就寝前の薬であったため、未服用であった。謝罪後、患者宅に正しい薬をお届けし、誤って渡した薬を回収した。	前回から処方変更がなく、監査不十分であった。投薬時、患者から他の薬について質問があり、他の薬の話に集中していたため、患者本人と確認も不十分であった。	処方箋と調剤録をしっかりと確認し、ピックアップした薬に間違いがないかしっかりと確認する。また投薬時でも患者本人と薬の確認を1つ1つ行う。	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1mgの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
5	ロラゼパム0.5mg 分3 28日分処方で84錠お渡しした所、4錠だけがロフラゼパム錠1mg「SN」が混在していたと患者様よりご連絡あり発覚しました。	棚の位置が以前と変更になっており、錠剤を戻す際に間違えていた可能性がある名称が似ている為に棚を間違えたかもしれない	重点業務の際に他の薬剤が混入していないか確認する監査の際に、ヒート1枚づつ監査を丁寧にして交付する	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパム錠1mg「SN」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mgの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
6	定期処方。ロフラゼパム錠1mg処方されていたが、ロラゼパム1mgで調剤し投薬後、ポリムスエラーあり完了していないことで気づきすぐに確認して交換。	ポリムスエラーが出ていたがスルーされていた。また、監査時シートの色が似ていたため気づくことが出来ず、投薬時一緒に確認した時も気づけなかった、	ロラゼパム1mgの使用患者様が1名の為薬の置く場所を変えた。ポリムスは最後の完了までしっかりと確認すること周知。監査の時はシートまでしっかりと確認することを周知	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mgの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	ロラゼパム1mg処方のところロフラゼパム1mgをピッキング	名称、効能の類似、向精神薬共通によるロラゼパム1mgとロフラゼパム1mgのピッキングミス	向精神薬は共通しているが置き場所を離し注意喚起の札を作成した	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方箋とレセコン入力ではロフラゼパム酸エチル1mgであったが、処方箋原本で調剤した際にはロラゼパム1mgをピッキングした	慣れと慢心によるもの	それぞれの薬剤に名称注意のステッカーを貼付	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。
9	ロラゼパム1mgの処方であったがロフラゼパム1mgを誤調剤してしまった3日後に発覚し回収交換したがすでに3日分服用後であった健康被害はなし	名称類似の薬品であった	名称類似があることを意識づけ棚に注意喚起患者申し送りに注意喚起記載	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	処方箋がロラゼパム1mg 錠28日分で 28錠調剤すべきところをロフラゼパム1mg を28錠調剤しており 監査中に気付く。	普段よりロフラゼパム1mg の処方頻度が多く処方せんの記載をしっかりと見ていないことからロラゼパム1mg を調剤したと考えられる	指さし、声出し確認の徹底。監査時に監査システムを活用することの徹底	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg 「トーワ」		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。
11	ロラゼパム0.5mg錠を一包化する際に、分譲購入していた錠剤を確認したところ、ロフラゼパム酸エチル1mg錠であった。バラ包装であったため分包する際まで確認していなかった。錠剤の大きさから違う錠剤であると確認し、事なきを得た。	分譲購入した際に、バラ包装であってもきちんと確認し購入するべきであった。取り間違えた責任は販売した薬局であるが、購入時に確認しなかったのは当方の責任でもある。	PTPシートの場合は容易に確認できるが、バラ包装においても購入時にきちんと確認するように改善した。	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
12	ロフラゼパム酸エチル錠1mg 0.5錠 14日分の処方だったが調剤者が予製された袋から用意したものがロラゼパム錠0.5mg錠の0.5錠であった。監査者もそのまま気づかず投薬者へ薬を渡した。患者への服薬指導中に分包紙の印字が本来渡す薬と違うことに気付きその段階で薬を交換し患者へ交付した。	6種類の錠剤の0.5錠予製を1か所にまとめて保管していたが、ロフラゼパム酸エチルの0.5錠予製の保管袋にロラゼパム錠0.5mgの予製が混ざっていた。以前にピッキング間違えたロラゼパム錠の予製を保管袋に戻す際に間違えてロフラゼパム酸エチルの保管袋に入れてしまっていた。今回の調剤で監査者は分包紙の印字内容をチェックしていなかった。	ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の保管袋に目立つ色をつけ、取り間違い、戻し間違いが起きないように注意喚起を行った。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはロラゼパム1mg不安時1回1錠10回分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数7年)は、ロラゼパム1mgを調製するところ、誤ってロフラゼプ1mgを調製した。監査時、同薬剤師Aが処方箋とは別の薬剤を調製している事に気づき、再度ロラゼパム1mgを調製し、監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬剤を交付した。	ロラゼパム1mgとロフラゼプ1mgは名称が似ていた為、間違えた。ワンオペ店舗の為、処方が集中し焦りがあった。	業務手順を見直し、ピッキング後の監査前にもう一度薬剤名の再確認とハンディの使用を徹底することとした。類似薬の配置、注意喚起のポップをつける等薬剤の陳列方法を見直した。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼプ酸エチル錠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。
14	ロフラゼプ酸エチル錠(1)を調剤しないといけないところ、ロラゼパム(1)で調剤をしていた。	名前が酷似しているため繁忙期において調剤時の注意力不足が要因として上げられます。	医薬品の棚を分けて保管、調剤前に目に入るよう注意喚起をめぐらないと調剤できないよう棚に工夫をした。	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。
15	ロフラゼプ酸エチル錠1mgを一包化するところロラゼパム錠1mgで一包化してしまった。一包化はその他10剤の薬剤があった。ロフラゼプ酸1mgとロラゼパム錠1mgは同じ引き出しに入っていた。作成後、監査時に一包化されている薬剤が異なっていることに気づいた。	混雑時ではあったが一包化する前の確認がおろそかであった。	一包化する前に処方せんとシートの確認してからつくるようにする。確認は薬剤師が手が空いていない場合は医療事務でもよいので確認してもらうようにする。			ロフラゼプ酸エチル錠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。

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

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	2023年11月28日10時ごろ病院からFAXが薬局に送信された。[般]ロラゼパム1mg 2錠分2朝夕食後30日分と記載された。調剤事務はロラゼパム1mg「サワイ」を調整するところ、誤ってロフラゼブ酸1mg「SN」を調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師A(勤続年数3年目)は気づかなかった。患者は既に来局し待っている状況であったため薬剤師Bに渡し、そのまま患者に渡してしまった。後日向精神薬の棚卸の際に数が合わないことが判明し交付間違いに気づいた。すぐに患者宅に届けた。患者に確認したところロフラゼブ酸1mgを1錠飲んでいたので、健康被害はない。	患者を待たせているという状況から焦りがあった。また向精神薬の処方頻度が低いためロフラゼブ酸錠とロラゼパム錠を混同してしまった。	&#32363;忙な状態であっても、最後の行まで監査の手順を遵守する。また交付の際にも薬を取り出して確認を行う。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「SN」		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。
17	メンタル科を受診されロフラゼブ酸エチル錠1mgが夕食後14日分処方されていた。調剤時に当薬局でよく使われているロラゼパム錠1mgと間違えて調剤し、別の監査をした薬剤師より間違いを指摘されロフラゼブ酸エチル錠1mgに変更した。	調剤した薬剤師は処方箋をしっかりと見ておらず、普段よく使われているロラゼパム錠1mgだと思い込んで調剤していた。今回調剤した薬剤師と監査投薬を行う薬剤師が別であったため患者に渡す前に間違いに気が付いた。	処方箋を1文字1文字しっかりと見て調剤を行う。さらに今後も調剤と監査投薬を分けて業務を行う。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	処方箋には(般)ロラゼパム錠1mg1錠 不安時10回分と記載されていた。薬剤師Aはロラゼパム錠1mgを誤ってロフラゼパム錠1mgで調整し交付してしまつた。数日後、患者から処方元の医療機関へ問い合わせをされ、医療機関より当薬局に連絡をもらい間違いに気付いた。頓服薬で以前処方した残薬もあつたため服用されずに回避できた。次回医療機関受診後の来局時に薬を交換した。	ロラゼパム錠1mgとロフラゼパム錠1mgはともに同効果・同規格で名称も似ていたので間違えた。また患者が来局した時間は店内はこんでおり焦りもあつたと思われる。	ピッキング後の薬剤再確認、鑑査での確認を徹底することにした。取り違え防止のため注意喚起をし薬棚の配置換えも行った。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロフラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mgの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	ロフラゼパム錠1mg「トーワ」を調剤しなければならないところ、事務員が誤ってロラゼパム錠0.5mg「サワイ」をピッキング。監査・交付者の薬剤師もそのミスに気が付かず患者に交付してしまつた。  交付時、患者は違和感を感じたが、昨今の度重なるジェネリック医薬品のメーカー変更によるパッケージ変更だと思ひそれ以上気にしなかつたとのこと。薬剤交付時にも患者とのコミュニケーション不足があつた。交付後に患者本人からお電話をいただき、間違つた薬を交付したことが判明、謝罪。服用される前に気が付いてくださり、すぐにご連絡いただいたことで誤つた薬を内服されることはなかつた。患者宅が遠方であることを気にかけて下さり、間違つた薬を持って来局して下さつた。改めて謝罪し、正しい薬と差し替えさせていただいた。	繁忙日という背景があつたとは言え、結局は交付までにおける調剤段階での確認不足が要因。	薬品名称が類似しているため、今後も取り違ひの可能性が示唆される。これまでは同じ引き出し内にて隣り合わせで管理していたが、今回の件から、同じ引き出し内ではあるがそれぞれを離れた場所に保管することとした。	ロフラゼパム錠1mg 「トーワ」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mgの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	「ロラゼパム(0.5)錠不安時」の処方の際に、ロフラゼパ(1)を調剤し、交付してしまった。患者帰宅後にご本人より連絡があり、調剤ミスが発見された。	名称が類似しているにも関わらず、同一の調剤棚で保管していた。忙しい時間帯であったが、薬剤師が1名しかいなかった。	ロフラゼパとロラゼパムの調剤棚を変更し、調剤ミスの注意隆起の印をつけた。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
21	患者が土曜日の診療で繁忙時の10:00に来局された。通常通り投薬を終え帰宅された。12:00に再来局され、「帰宅してすぐ薬剤を確認したところテオドール(100)の薬袋にテグレート(100)が入っていた。間違っているので交換しろ。」と抗議された。鑑査・交付した薬剤師がテグレートを服用していないこと、回収した薬剤錠数が欠けていないことを確認し、テオドール(100)と交換した。服薬前の発見、対応であったため患者への健康被害等はなかった。	監査した薬剤師が類似した薬剤名であったため、調剤ミスを見逃してしまった。繁忙時であったこと、及び当該薬剤師の高齢親族が救急入院したことで業務に注意集中できていなかったことが背景・要因にあると考える。	改善策として、鑑査に当たって呼称・示唆確認を基本動作にして精神状況に影響されないようにする、投薬時に患者と一緒に薬剤名、数量を再度確認することを徹底する。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
22	テオドール錠100mgが処方されていた患者さんにテグレート錠100mgで薬を取り揃えてしまった。	普段、テグレート錠100mgはあまり在庫してないのですが、品切れを心配して、大量に在庫しており、テオドール錠100mgの側にざいこしてました。	テオドール錠100mgとテグレート錠100mgにとり間違い注意の付箋をはり、保管場所も離しました。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
23	テオドール錠200mgが処方されている患者様にテグレート錠200mgをお渡し。オンライン診療のため、薬を郵送したため交付時に患者様の目が入らなかった。棚卸の際に発覚。1か月ほど服用していた。受診いただき、検査の結果問題なし。	事務員の調剤、応援者の監査、郵送での交付のために最後までミスに気付けなかった。	応援者の監査は当薬局の薬剤師も監査するよう努めた。	テオドール錠200mg	テグレート錠200mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	患者さんとお話する中で、症状と薬剤の内容が合わない為医師に確認したところ、薬剤の入力間違いと判明した。	医師はテオドール錠を処方したが、パソコンの入力時にテグレート錠を入力してしまった。	今後も患者さんとの会話を大切にしていく。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ベタヒスチンメシル酸塩錠の処方に対して、ベポタスチンベシル酸塩錠を調剤・鑑査し、説明、投薬をした。薬歴記載時に間違いに気づき、すぐに患者へ電話し、正しい薬剤をお届けした。服用前であったため、患者へ影響はなかった。	患者が少ない時間帯であったが、慌てて調剤・鑑査・投薬をした。確認不足であった。	調剤・鑑査時の処方せんをよく見る(薬品名、規格など)。慌てず落ち着いて調剤・鑑査をすることを常に心掛ける。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	ペポタスチンOD10mgが処方されていたが、選ばれていたのはベタヒスチンメシル酸塩6mgでした。	急に薬局が増えて忙しくなり、ピックアップした本人もしっかり製品の確認ができてなかった。無意識に近い選択だった。	毎朝の朝礼で1日気を抜かないよう確認。それぞれ間違えた薬の棚に”取り間違い注意”と貼り紙をした	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	処方箋は一般名ベタヒスチンメシル、当該薬剤師は読み間違えてペポタスチンメシルを調剤。別の薬剤師が監査し、間違いに気づいた。	一般名では似ている名称が多々ある。思い込むことなく確認することが大事である。因みにベタヒスチンメシルは3錠分3で処方されており、本来ならペポタスチンメシルとの用法とは異なることから気づけるはずであった。処方箋内容が重く混雑していて、早く調剤しなければという焦りもあったと思う。	似ている一般名についてもう一度洗い出し、ヒヤリハットノート等で周知徹底させる。mgまでしっかり確認する事。そこで間違いに気づけることもある。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
28	ペポタスチンベシル酸塩OD10mg錠が処方されていたが、ベタヒスチンメシル酸塩6mg錠を調剤してしまった監査者が間違いに気付いた為、患者には影響はなかった	名前が類似している、薬品棚が同じ段にある	名前が類似している薬には注意喚起のため目立つようなシールを貼るようにする	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	一般名処方でのベタヒスチンとベポタスチンのみ間違え	ピッキングも薬剤師だったのか学生実習生だったのかも分からないがきちんと監査せずに投薬してしまったのが最大の理由である。	棚が隣同士のため 注意喚起の札を添付する	メリスロン錠6mg	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「サワイ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」をとり間違えてお渡ししてしまった。帰られた後すぐに気づき自宅に差し替えに伺った。	同棚の前後にあり慌てていたこともあり取り違えてしまった。	ミリ数名称の確認、棚の工夫	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「トーワ」	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とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
31	ベタヒスチンメシル酸塩 6錠/日 7日分で処方のところ、42錠中、10錠をベポタスチン錠でお渡し。	薬品棚の上下に保管しており、シートが落下した際に誤って別の場所に戻ってしまった可能性が考えられる。監査時に1シートずつ薬品を確認しなかったなどが挙げられる。	改善策として、戻す際に、薬品名を確実に確認してから戻す。監査時にシートごとに正しく調剤されているか見る必要がある。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	一般名処方でペボタスチン処方。ピッキングでベタヒスチンを調剤。監査で気づきピッキングし直した。	忙しくない時間帯にも緊張感が抜ける為ミスが起こりやすい。	それぞれの棚に注意喚起の札設置。情報共有。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		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。
33	一般名がペボタスチン錠とベタヒスチン錠の名称が似ているので思い違いで取り間違えてしまった。	多忙な時に 思い違いで 名称が似ている医薬品を取り間違えてしまった。	保管の場所を名称が似ているものは遠くにおくようにする。 監査機を用いて 監査を行なう。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
34	処方ではペボタスチン(10)「タナベ」であったが、間違えてベタヒスチン(6)「トーワ」をピッキングしてしまった。	両薬品共に薬品棚に置いているが、名称類似の薬品である為に無意識に取り間違ってしまったとの事。	同じ様なミスが起きない様にわざと離れた場所に置いたり、薬品棚の引き出しに「類似名称品」ありと注意喚起の札を付ける様にします。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
35	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」が処方されたが、1段違いの調剤棚に配置しているペポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」を誤って調剤し、患者さまへお渡し。帰宅後に患者さん自身で間違いに気づき、薬局へ電話を頂いたことで事例が発覚。	名称類似品を調剤棚の前後に配置していることでピッキングミスが発生。	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」を調剤棚から別の場所での保管へ変更	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」		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。
36	患者が処方箋を持って来局。処方箋には【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 分3毎食後14日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数7年)はベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」42錠を調製するところを、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」40錠とペポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」2錠を調製し監査に回した。監査にあたった薬剤師B(職種経験年数20年)は2錠別の薬であることに気づくことなく監査完了した。投薬にあたった薬剤師Cが交付時の確認で間違いに気づき薬剤師Dとともに正しい2錠の調製を確認して薬剤師Cが監査し、患者には正しい薬を交付した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」とペポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」がヒート・錠剤の見た目が比較的類似しているにも関わらず50音順で棚の上下に配置していたため、調剤ミス等の分を棚に戻す際にペポタスチンをベタヒスチンの場所に返してしまっていたと考えられる。その後今回のベタヒスチンの調剤時に全てベタヒスチンだと思い込み一緒に調製してしまった。	今回の2種類以外にも見た目が類似している薬剤はすぐ近くの棚に配置しないようにした。棚に戻す際は必ず2名以上で全ての薬剤が本当に正しいかどうか確認して戻すようにした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	2023年某日14時頃、平素より当薬局を利用している患者(90歳男性)が耳鼻科での処方箋を持って来局した。処方せんにはベタヒスチンメシル酸塩6mg「トーワ」3錠分3毎食後28日分、アデホスコーク顆粒10% 3g分3毎食後28日分と記載されていた。薬剤師A(経年数8年)は、ベタヒスチンメシル酸塩6mgを調剤するところ誤ってペポタスチンベシル酸塩OD錠10mgを調剤し、監査へ回した。監査にあたった薬剤師Bが薬剤の取り間違いに気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはベタヒスチンメシル酸塩6mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bが監査を行った。今回監査で誤りに気付いたため、患者に不利益なく正しい薬を交付できた。	状況としては、処方数も落ち着きだした14時頃だった。対応しないといけない処方せんはこの事例の一件のみであったが、午前の慌ただしい環境で集中力を保っていたせいか、落ち着いた環境で1件のみの処方に対し、ふと気が抜けていたように振り返って思った。そんな中、薬効は全く異なるが名称が非常に類似しているベタヒスチンとペポタスチンを取り間違ってしまった。用法は一般的にベタヒスチンは分3、ペポタスチンは分2の為調剤時一度立ち止まれるポイントであった。そして診療科は耳鼻科、併用薬としてアデホスコーク顆粒が出てたところも立ち止まるポイントであったと思った。	時間帯・環境により集中力を欠くことはあるが、業務において力の入れどころをコントロールし患者に不利益がでないように心がける。調剤時、監査時は薬品の名称を語尾まで確認し薬品を扱う。名称類似や、同規格、外観類似の薬品や自分が間違いやすい薬品を理解し、間違わない工夫を自分自身で行う。並びに、診療科や併用薬からの情報も自己チェックがかけられるよう日々訓練をする。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「トーワ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	アロプリノール100mgの処方のところ、間違っておロチノロール10mgをお渡ししてしまったが、患者服用前に回収、交換を行った。	PTPシートの外観の類似、名称の類似、メーカー同一で棚が隣合っで設置されていた。繁忙時だったので監査が不十分だった。	アロプリノールとアロチノロールの棚を離し、監査もダブルチェックやピックアップ等再度気を引き締めて実施するという話し合いを行った。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	薬品名の類似による取り間違い	繁忙による時間帯と当事者の思い込み	ダブルチェックと錠剤鑑査機のチェック	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「日新」		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。
40	処方ではアロチノロールが処方されていたがアロプリノールを間違えて投与した	名前が似ているためと調剤棚が並んで設置してあった。確認がちゃんとできていなかった。一人薬剤師なので調剤後投薬時にも確認をするようにしているが患者数が多かったため未確認のまま投与にいたってしまった。	まず、確認事項の徹底をはかり似たような名前の薬は調剤棚の配置を工夫して放して設置することにした。患者にも不審なところがあればすぐに連絡してもらうようお願いした。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「ケミファ」		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。
41	いつも処方するアロチノロール塩酸塩錠10mgを調剤したが監査の段階でアロプリノール錠100mgを出していたことに気づき訂正した。	似た名称で在庫しているメーカーも同じだったこと、最初と最後の文字列だけで判断していた。	薬歴の薬品名を赤線で囲い注意を促すようにした。薬品名は最後まで読むように心がける。	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」		アロプリノールとアロチノロールの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	アロチノロール錠10mgで調剤されるべきところが誤ってアロプリノール100mgで調剤されていた投薬時に調剤した医薬品を患者さんに見せながら説明する際に物が違うことに気付いて取り換えることができた	混雑する時間帯でピッキングや監査が疎かになってしまった	類似の名称がある医薬品には注意喚起のシールを貼るなどして対策取り間違えそうになった医薬品に関しては薬局従業員で情報を共有して皆で注意し合う投薬時に必ず患者さんと一緒に確認する	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーフ」	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。
43	フランドル20のところアイトロール20を出してしまった。	一般名では似ているため入力を間違えた。	このような間違えやすい事例を認識して今後注意していく。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	日頃当薬局をご利用の患者さんに、継続中の処方調剤したが、初めて対応した薬剤師だったため、薬剤取り違えに気が付かず交付してしまった。翌日、別の薬剤師が該当薬の在庫がずれていることに気が付き、ご本人に連絡し、間違いを確認した。まだ服用前であり、ご自宅に交換に伺い、正しいものと交換した。	類似名称の薬剤のため、充分注意をするように日頃心がけていたが、新たな薬剤師に共有できていなかった。	類似名称注意！の注意喚起シールを薬剤の箱に貼って、だれでも気が付けるように改善する。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	一般名で記載されていた硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgを一硝酸イソソルビド錠20mgで入力	入力スタッフの知識不足	硝酸イソソルビド徐放カプセルと一硝酸イソソルビド錠の違いを教育	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。
46	硝酸イソソルビドの処方に対し一硝酸イソソルビドを調剤し投薬してしまった。	商品名類似	名前類似を認識し、ダブルチェックをしっかりと行う。	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」		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。
47	一硝酸イソソルビド錠と硝酸イソソルビド徐放錠の取り間違い	薬品名の類似、知識・注意不足	採用を片方だけにしたい。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	<p>一包化を行っている際に、硝酸イソソルビド錠をピッキングしたつもりが、一硝酸イソソルビド錠を誤ってピッキングしておりそのまま一包化してしまった。</p>	<p>本来、硝酸イソソルビド錠をピッキングするところ、一硝酸イソソルビド錠を誤ってピッキングしてしまっていた。誤ってピッキングしても、一包化する前に薬の正誤を判定する監査機を通してから作業を行うのだが、該当患者の一包化を行っていた時間帯が、夕方頃の繁忙期であり他にも分包する患者様が多数いたので、慢心から自分の判断を過信し、監査機に通す作業を省いてしまった。幸いにも、患者様にお渡しする前に他の薬剤師による監査によって薬剤の間違いを発見することが出来たが、一包化を作り直さなければならず患者様の待ち時間を大幅に増やしてしまった。</p>	<p>&amp;#32363;忙期においても店舗のルールである、監査機を通してから一包化を行うことを徹底して行うことを店舗間で再確認した。また、監査時に一包化に使用した薬剤のヒートの一部を確認する監査項目に追加し、よりミスに気付きやすくするルール作りをスタッフ間で話し合った。</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 10mg 「NIG」</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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

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	
49	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」を一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」と取り間違えそのまま交付。閉店後発注時にどちらもあり出ない薬のため確認して発覚。電話するもつながらず翌日再度電話もつながらずご自宅に訪問し薬剤交換。服用前だったため健康被害なし。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」が処方されていたが流通不足で薬剤変更になったと勘違いして一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤し監査	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が違う薬剤であることを明確にし各患者のコメント欄に注意書き。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」は今のところ一人しか処方がないため薬箱に個人の名を記載。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」硝酸イソソルビド錠と似た名称の薬があることを確認し類似名称の薬剤は名称注意と薬品棚に書いて張って注意を促す。	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。
50	硝酸ソルビド20mgで継続服用されている患者さんのお薬で、一硝酸ソルビドを調剤してお渡ししようとしていた。	硝酸ソルビドと一硝酸ソルビドが別物であることの認識がなかった。	鑑査の徹底。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「ツルハラ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	硝酸イソソルビド徐放錠20mg サワイが処方されていたが薬をそろえた薬剤師が別店舗の人間で不良在庫を保管してある場所から硝酸イソソルビド20mg サワイを取り出した。調剤者は不良在庫の箱から薬を取り出すとは思っておらず、硝酸イソソルビド20mgという名称をちらっと見て薬があると判断して投薬してしまった。調剤室に戻った際にこの薬でよかったですかと聞かれ間違いに気づいたすぐ患者に連絡して薬を交換した	普段店舗にいる薬剤師の硝酸イソソルビドは徐放錠しか在庫していないので間違えるはずはないという思い込みが原因非常に忙しい時間帯で確認がおろそかになってしまった	不良在庫の保管場所の変更 より分かりやすく不良在庫であるという記載をした	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」		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。
52	病院からクリニックへ移動してきた。一硝酸イソソルビド錠だったが、硝酸イソソルビドと処方されていた。	間違いやすい一般名だとの認識が欠如していたか、単なる転記間違いと思われる	転院時は必ず退院処方、現在服用している薬は確認する			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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
53	硝酸イソソルビド徐放20mgのところは一硝酸イソソルビド20mgを間違えてお渡し。在庫チェック時に数が合わず捜索したところ取間違い発覚。投薬後22日経過、16日間服用してしまっていた。患者様に不調なし。一包化のため患者様による発見は困難。	集薬時1人目の薬剤師が処方箋内容の確認を怠った。硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビドのメーカーがどちらも同じであった。日頃から当薬局にて業務にあっている薬剤師でないものが監査をした。投薬時に、一包化の内容について交付薬剤師が確認を怠った。	硝酸イソソルビド徐放錠を同一メーカーから各別メーカーに変更する。成分名メーカー名を確認し取り間違いに注意する。各薬剤に注意喚起の札をつける。一包化後も薬剤の種類に違いがないか確認のうえ交付する。	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。
54	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が処方されていたが、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」と取り違えてしまった。	繁忙であり慣れもあったため、ダブルチェックが疎かになっていた。	繁忙であろうとも、扱いなれた医薬品であろうともダブルチェックは必ず行う。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
55	一硝酸イソソルビド20mg(一般名処方)で処方されていたが、硝酸イソソルビド徐放錠20mg(一般名処方)で入力し、分包機に一包化データをとばした。薬剤師が一包化作成時に入力の誤りに気が付いた。	レセプト入力した事務員の経験が少なく、どちらの一般名も同一の医薬品であると勘違いをした。	共有すべき事例の共有。硝酸と一硝酸、徐放錠(12h、24h)と普通錠など名称の違いにより成分・構造・放出制御が異なることを学習した。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	定期的に来局されている男性患者に硝酸イソソルビド徐放錠20ミリの処方(定期服用)があった。他にも内服薬があり2名の薬剤師で調整していた。薬が全部揃い監査者が監査していたところ、一硝酸イソソルビド錠20ミリが準備されていることに気がついた。	硝酸イソソルビド徐放錠20ミリは当該患者しか服用していないことから、引き出しにしまい間違いに注意と記載した紙を巻いていた。一硝酸イソソルビド錠20ミリは使用している患者数が多いことからストッカーに入れて使用していた。特に注意書きなし。	薬剤師間で硝酸イソソルビド徐放錠20ミリと一硝酸イソソルビド錠20ミリの違いについて再度確認。硝酸イソソルビド徐放錠20ミリは今まで通り引き出しにしまい一硝酸イソソルビド錠20ミリとの間違いに注意と記載した紙を巻き、一硝酸イソソルビド錠20ミリはストッカーに硝酸イソソルビド徐放錠ではないとの注意書きをした。名前の類似した医薬品等もあることから、ヒヤリハット事例集を活用し再度薬剤師間で研修を行った。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		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。
57	当事者の処方医がオーダーリングシステムの処方入力に慣れて、3文字入力で選択ミスをした。定期的に来外にみえてる患者であったため、処方違いに気づいた。	紙カルテからオーダーリング処方に切り替わり入力の時のタッチミスが起きやすいため、患者からの聞き取りが重要となる。	いつもと違う内容の処方(薬歴やお薬手帳を参考)の時は、患者本人または家族に確認する。	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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
58	今回追加処方薬として新規でマイスタン錠10mg 1T分1寝る前の処方が出ていた。投薬時患者様とのお話で、睡眠導入剤を追加すること。マイスタンは抗てんかん薬に分類されるため念のため処方医に問い合わせを行った。マイスリーの間違えではないかと考慮し、添付文書の情報も転記しFAXで問い合わせをかけた。(高齢者は1回5mgより開始) 結果、マイスリー5mg 1T分1寝る前との回答であった。	薬剤の名称が似ている	今回追加の処方であったため患者様の訴えをよく聞き、適正な薬剤が処方されているのかを検討する。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
59	処方箋でマイスタン錠5mg記載あり他にセレキノン ミヤBMの処方もあり腹痛 眠れないとの訴えあり腹痛が強いで沈静の作用も考慮して投薬したが 医師に確認したらマイスリー5mgの処方間違えが判明	処方医が4月から勤務開始で そのクリックの処方入力に不慣れで合った 薬剤選択ミス。消化器専門医の為 薬効を推測し 投薬前の疑義照会を怠った。投薬後 疑義して過誤判明したので、疑義あれば医師に確認必要	少しでも疑義あれば医師に処方意図の確認を行う疑義内容について、今後も他の薬剤師が疑義に感じる事は 医師の処方意図を含め薬局内で情報共有する			マイスタン錠5mg	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
60	マイスリー錠5mgで処方されていたが、マイスタン錠5mgでの入力ミスあり。初期鑑査も通り、マイスタン錠がピックアップされた状態で、最終鑑査時にミスが発覚した。	頭3文字が同じで薬品名が類似であり、規格も同じ薬品でのミス。薬品名を最後までしっかりと確認できていなかったことが要因と考えられる。	どんなに忙しい時も一つ一つの確認は最後の文字までしっかりと集中して確認する必要がある。正しいと思ひ込まずに疑いながら鑑査を行う。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
61	新規処方の方で 脳外科からマイスタン5mg処方投薬時 不眠の為受診と確認処方元に確認しマイスリー錠5mgの処方間違いと判明	投薬時に処方意図の確認を行う	患者の訴えと処方内容に食い違いがないか確認する	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	本人はルパフィンをてにとったつもり。引き出しの隣にあり取る時にまちがった。幸いにも戻すときに他の者が気が付き大事のは至らなかった。	間違えやすい薬にはしるしをつけて注意喚起	薬品を手にとった後ももう一度見直すことを心掛ける。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠2.5mg		ルセフィとルパフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
63	ルパフィンで処方されていたが、ルセフィと間違えて調剤。発注時に本日処方出していないルセフィがあったため、間違えて渡していたことに気付き、患者さんにTELまだ服用されておらず、再度来局して頂けることになり、謝罪して差し替え。	類似名称であったが、箱を離さずに並べて置いていたために生じたこと調剤者と監査者、投薬者が同じ人物であったため、思い込みもあったと思われます。一人薬剤師であっても、事務さんなどに物の確認などを行うなどの対策が必要。一人の場合は思い込みをせず、処方箋と再度薬を確認して、患者さんと一緒に確認する	投薬前に再度確認、事務さんにも確認してもらうなど、ダブルチェックを行う	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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
64	ルのみで判断をした為。	思い込みによる調剤になってしまった。	きちんと処方箋内容を確認して、投薬間違いを起こさないようにする。	ルパフィン錠10mg	ルセフィ錠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。
65	ルセフィ2.5mgをルパフィン10mgで入力してしまい、当日、直ぐに気づき、訂正の電話をした。	入力されたや薬情・手帳シールを確認すべきだった。	間違えやすい医薬品名称をリストアップして、事務員さんも含めて情報共有する。			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。
66	スピオルトを普段から使用している患者。当該薬局ではスピオルト使用は1人のみ。スピオルトが製品名で処方されていたが、頻出しているスピリーバを誤って事務員が調剤し、薬剤師がそのまま監査・交付してしまった。	社内系列複数店舗で薬剤師複数がCOVID-19発症。営業継続するため急遽人員確保が必要になり、当該薬局の人員が削減された。そのうえ、連休明けで、通常より患者数が多く混み合い、焦る。該当患者は高齢で力が衰えており、吸入器のセットが必要であるため、開封・セットなど、セット不要のデバイスよりも作業が多く、混み合う中で慌ただしく投薬を行ってしまった。	普段から、指差し確認・文字突合・ダブルチェックなどルールを設け、特にスピリーバとスピオルトは投薬ミスが起こらないよう、かなり気を付けていた。にもかかわらず、起こってしまった。「ルールを厳守する」「患者にも確認してもらう」以外、対策は思いつかない。	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。

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

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	
67	スピオルトレスピマットのところスピリーバレスピマットで調剤、監査。その後別の患者でスピリーバが処方となり在庫が合わずことが発覚。  スピオルト処方の患者は配達希望のため薬剤交付前に気が付くことができ過誤には至らなかった。	当薬局に採用して間もないため、経験不足、集中力不足が見受けられる。	処方せんにて第一監査、薬袋に入れる際にも薬袋に記載の薬剤名と確認することを徹底するように指導。	スピオルトレスピマ ット60吸入	スピリーバ2.5μg レスピマット60吸入		スピオルトレスピマ ットとスピリーバレスピマ ットの販売名類似につい ては、薬剤取違い事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を 実施しているところ である。
68	処方がスピオルトもところスピリーバで調剤し交付。在庫の数が合わないことに気づき発覚。患者に連絡しすぐに正しいものに交換し謝罪。	事例発生時の状況としては1人薬剤師でかつ夫婦で来局し一包化であったため一包化の方に調剤かつ監査に気がいってしまった。	1人薬剤師の状況にならないように人員を確保する。事務員でもいので概要などは必ず監査してもらう。	スピオルトレスピマ ット60吸入	スピリーバ2.5μg レスピマット60吸入		スピオルトレスピマ ットとスピリーバレスピマ ットの販売名類似につい ては、薬剤取違い事例等 が複数報告されているこ とから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を 実施しているところ である。

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

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	8/22午前中患者家族が処方箋をもってきて、そのままかえった。くすりは事務員がピッキング、機械鑑査をし吸入器をただしとはんだんして、監査台わたした。薬剤師が最終的に鑑査して、どうしてしまった。8/23の午前中に家族がとりにきた。8/24患者さんよりTELあり、薬がちがっている、吸入はまだしていない話があった。機械で映像確認したら、間違いがわかった。急ぎ自宅に器具の交換をしにいった。	機械の鑑査確認をして、おそらくエラーがでたと思うが正しいと人間が判断してしまった。最終鑑査は薬剤師ですが再確認し、そのまま確認印をおして終了している。(ピッキングと機械鑑査はベテラン事務員、薬剤師は1年未満のかた。)	最終の鑑査は機械や、別の人が間違をしているかもしれないと疑いを持ちかならず処方箋と薬のつきあわせをするようにする。	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。
70	怪我で医療機関に入院の際に、持参薬がお薬手帳の内容と異なるため 薬剤部から確認のため連絡があり判明。	8月からピッキングに新たにスタッフを入れた。外用薬の確認が漏れやすい監査パターンになっていた。	外用薬の監査をひと過程増やす。処方箋のコピーに監査チェックをメモする。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
71	スピオルトが処方されていたが、誤ってスピリーバを調剤・交付。数日後の発注時に、在庫が合わないことに気が付き発覚した。	スピオルト継続患者だと理解していたが、混雑時であったため手順を無視して、監査システムを使わずセルフ監査で手に取ったスピリーバを交付してしまう。	手順の遵守	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	スピオルトレスピマツト(60吸入)3本処方があった。以前より、薬を吸入器にセットすることを希望している患者だった。薬剤師が誤ってスピリーバレスピマツト(60吸入)をピッキング、在庫が1本であったため、不足分を発注した。同じ薬剤師が、吸入器にセットして投薬した。翌日スピリーバが届き、他の薬剤師が不足分の薬を用意しているときに、薬の間違いに気づいた。すぐに患者に電話し、来局していただき、スピオルトを3本渡しスピリーバを回収した。患者は残薬があったため、スピリーバを使用していなかった。	薬剤の名称が似ていた。薬剤の吸入器は同じで、セットすると違いが判りづらかった。混雑しており、他の薬剤師が別の仕事をしていたため、一人の薬剤師がピッキング、監査、投薬を続けて行った。薬を吸入器にセットすることや、在庫が足りなかったことに気を取られ、薬の確認が不十分だった。薬を吸入器にセットして渡す患者はスピオルトとスピリーバで一人ずついて、他の患者と勘違いした。	薬剤名、規格、用量などは処方箋を見てしっかり確認する。ピッキング、監査、投薬は可能な限り複数の薬剤師で行うようにする。名称が似ている薬剤を予め覚えておく。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
73	アドエア250ディスクス60ブリスターが処方されている患者の同一処方箋にスピオルトレスピマツト60吸入の処方あり。疑義照会の結果、スピオルトレスピマツトがスピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマツトの処方に変更になった。	スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの名称が類似しているため。	名称や包装が類似している薬剤は近くに置かないよう実施。			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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
74	患者さんが立て続けに数人来局。事務不在で、薬剤師2名で対応中、薬剤師Aが入力、薬剤師Bが調剤と監査を1人で行っていた。調剤をした薬剤師Bが、そのまま監査をしている最中に、溜まっていた入力を終えた薬剤師Aが、他の患者の薬の監査に入った。その際に、調剤後、監査の前に機械でピッキング内容を照合する手順となっていたが、薬剤師Bが監査している薬を機械で照合せずに監査している事に気づき、薬剤師Aが機械で照合。その際にエラーが出て、薬剤の取り間違いに気付いた。	短い時間に患者が数人立て続けに来局し、入力をする事ができない薬剤師Bが、薬剤師Aが入力にとられてしまっているため、自分が調剤して監査して投薬しなければまわらないと焦っていた。焦っていたため、機械で照合したと思込み、監査前の機械での照合の手順を飛ばしてしまった。また、自分で調剤したため、間違っているはずがないという思い込みのまま監査をしてしまった。	1人調剤&監査は、思い込みが発生しやすいため、完全ワンオペでの営業時以外は、調剤と監査を別の者にする。それが難しい場合は、調剤した薬剤を他の者に確認してもらいなどのダブルチェックを行う。監査前に機械での照合を徹底する。できれば、他の者に照合をお願いする。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
75	スピリーバレスピマットを調剤しなければいけないところ、スピオルトレスピマットで調剤し、患者さんに交付する際、吸入口のふたの色が違うと指摘され、間違いに気づき、交換した。	名称がよく似ており、調剤するのに思い込みがあった。	同じ引き出しに吸入薬を入れていたので、スピリーバとスピオルトの調剤棚の配置を変えて、ピッキングの際に意識するように改善した。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
76	11/6午前中に処方せんを受け、当日中にお届け予定の患者様でした。お薬のピッキング→一包化→監査後にご自宅に配達を行い、患者様本人にお薬を手渡ししました。後日薬局の在庫確認をした際に在庫が合わないことから、取り違えた可能性があった為ご自宅に伺い薬の確認を行ったところ間違えてお渡ししていたことが分かり、正しい薬と交換をさせていただきました。	当日中にお薬をお届けしなければいけないという焦りがあったこと。当薬局ではピッキングの際に箱から開封し中身のみカゴに集める為、吸入器の形状が同じ薬剤の場合気付きにくい場合があること。当日は今回取り違えた吸入器のみ在庫があり、似た名称の薬剤を当薬局で在庫していることに気付かずピッキングしてしまったこと。一包化の量が多くそちらの監査に気を取られ、吸入薬の印字を最後まで確認せずに薬袋に詰めてしまったこと。	監査をする際には集中できる環境で最後まで一人分やりきるようにする。吸入器をピッキングする際は未開封の箱をピッキングし監査者が外装で薬剤名を確認後開封するようにする。外用薬名称・色等最後まで気を抜かず監査を行う。	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。
77	今回処方薬:スピリーバ2.5 $\mu$ gレスピマット60吸入 他上記薬剤を調剤するところ誤ってスピオルトレスピマット60吸入を調剤し、患者に交付。同日、患者家族から電話連絡あり、ボンベセット時にいつもと薬剤外観の色味が違うような気がするご連絡があり過誤が発覚。ご家族再来局にて、スピリーバとの差替えを行った。薬使用前であり、健康被害は無かった。	名称類似薬による薬剤の取り違い。	薬品配置場所に「名称類似薬あり注意」のラベル貼付。薬歴の頭書きに、スピリーバである旨記載。	スピリーバ2.5 $\mu$ 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。

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

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	スピリーバ2.5µgレスピマツト60吸入を継続して使用している患者に間違えてスピオルトレスピマツト60吸入を交付。帰宅後名称が違うことに気づき薬局に連絡あり、正しい薬に取り換える。	名称が類似しておりデバイスも同じため調剤者、監査者ともに気付かず交付してしまった。	「名称類似品あり、取り換え注意」の札を設置した。忙しい時間帯でも患者と確認しながら薬袋に入れるようにする。	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。
79	当該患者にはスピオルトレスピマツトが処方されていたが、スピリーバレスピマツトを間違えて渡してしまった。直後に気づき交換した。	別の患者に定期的に類似したスピリーバレスピマツトを調剤していて、スピオルトレスピマツトの存在を知らなくて完全に思い込みで調剤した知識不足が原因。	医薬品の名称の一部だけで認識せずに、名称全部を認識すること。	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。
80	総合病院から転院、タケルダが処方されていたが医師に今までタケキャブ??を服用していたと間違えて伝えてしまい、医師も同じ薬としてタケキャブ処方、新患アンケートに脳梗塞の既往があり確認したところ財布にタケルダが入っており間違いがわかり疑義により訂正してもらいました	患者様もタケルダの名前をハッキリ言えておらず、手帳もなかった為、正確な情報が医師に伝わらなかったと思われます	新患アンケートの内容をしっかりと掘り下げて確認するとミスが見つかるのでしっかりとヒアリングする	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。
81	一般名処方の処方箋で、患者様は先発希望でピックアップした薬剤師は、先発と後発も確実に一致しておらず気づかなかった。違う薬剤師が確認を行ったところ、間違いに気づいた。	先発希望(一般名処方)の患者様で一般名と先発名があいまいだったために、ピックアップ間違いを起こしてしまいました。	箱の横に成分名を書いているので、あいまいなのは確認してピックアップするようにする。	アテロック錠10	アレロック錠5		アレロックとアテ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。

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

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	
82	アテレック錠5で処方のところアレロック錠5で調剤。患者さんが帰宅後薬の渡し間違いを発見。	手書き処方の為薬品名が見づかった。思い込みでの調剤が考えられる。	鑑査のチェック表だけではなく、薬情も見て、薬情の写真と実物の薬の色でも判断する。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	患者が処方箋を持って来局。アレロック錠5mg 2錠 1日2回 朝夕食後 28日分と記載。薬剤師A(職種経験年数17年)はアレロック錠5mgを調剤するところ誤ってアテレック錠5mgを調剤。一人薬剤師のため監査は事務員。患者も用事があり急ぎ気味であったため慌て気味の事務員の監査もスルーしそのまま投薬。患者の他に車に近親者が運転席に同乗しており、助手席で患者が早速薬を服用しようとしたところ取り違えが発覚。そのあと患者が再度来局し取り違えを伝える。すぐにアテレック錠5mgからアレロック錠5mgに変更し、患者に陳謝。	名称が類似してたのと薬剤師の慢心。患者が急ぎ気味であったため、それによる焦り。	調剤者がビッキングした後の監査の徹底と、類似薬に注意するように薬剤棚に付箋を貼り、取り違い防止の注意喚起	アレロック錠5	アテレック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
84	アレロック錠5が処方されているところ、アテレック錠5で調剤してしまった。患者へ渡す前に監査者が間違いに気付き、正しい薬剤を患者へ渡すことができた。	循環器内科からの処方であり、抗アレルギー薬の処方がされることより降圧薬が処方されることの方が多く、また待っている患者が多く焦って思い込みで調剤してしまった。	どこの科からの処方でもどんな薬剤が処方されるかは分からない為、混んでいる時でも慌てて思い込みで調剤せずしっかり薬剤名を確認して調剤するようにする。また、記載した改善策と共に今回取り違えた薬剤については特に薬局内で情報を共有した。	アレロック錠5	アテレック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
85	カナリア配合錠を調剤するところをカナグル錠100mgで調剤してしまった。監査者が間違いを発見し交付には至らなかった。	薬局内が混雑していたため、ピッキングを慌ててしまい、同じ糖尿病薬で最初の2文字が同じために読み間違ってしまった。	薬剤名は落ち着いて最後まで読み把握するようにする。ピッキング時は2回チェックするようにする。	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実施しているところである。
86	カナリアが処方されているところを慌ててしまいカナグルを薬袋に入れてしまった	似通った名前なのに近くに管理していたことと 慌てたので思い込みもあったように思う。	離れたところに保管するようにした。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	カナグルを前回まで服用しており、今回はカナグルに変更となりました。この変更に入力時は気づかずに、監査の段階で発見しました。	処方箋をお預かりして、DO処方と思い込み入力を誤った。	入力後鉛筆チェック、指差しチェック、声出しチェックを行い入力をを行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
88	カナグル、カナリアを取り違えての一包化	慣れによる思い込み、名称酷似による勘違い	複数人での確認徹底			カナグル錠100mg カナリア配合錠	カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
89	処方内容、エクセグラン錠、ネキシウムカプセルであった。薬交付前に患者様に症状を聞いたところ、胃の不快感だった。胃の不快感でエクセグラン錠が処方されているのに違和感があり、処方医に疑義照会した。すると、エクセグラン錠ではなく、エクセラゼ配合錠の間違いだった。	名称が似ている薬剤が多くなっているため起きた事象だと考えられる。	処方箋を受け取った際に、違和感のある処方内容であった場合は、事前に患者様の症状を聞き、処方医に確認する。			エクセグラン錠100mg エクセラゼ配合錠	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	ヤーズ配合錠を継続で服用している患者に対し、ヤーズフレックス配合錠が処方されていた。服薬指導時に患者に確認したところ、今までと同じヤーズ配合錠で継続とのことだった。疑義照会してヤーズフレックス配合錠からヤーズ配合錠へ処方変更となった。	処方医がレセコン入力時に最後まで確認を怠ったことが原因と考えられる。薬局では服薬指導時に患者に話を聞き、一緒に確認をしたことによって誤りを発見することができた。薬局内でもレセコンの入力誤りは発生することなので、注意喚起を行っていた。	類似薬品に対する薬局内での注意喚起を継続する。			ヤーズフレックス配合錠	ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
91	ヤーズ配合錠が一般名処方されていたが、プラセボの記載を見落としてヤーズフレックス配合錠でレセコンに入力した。処方監査の際に気が付き、入力を訂正した。	ヤーズフレックス配合錠とヤーズ配合錠の一般名が同じであり、一般名が長いことから見落としやすい。	プラセボの記載があるかどうか必ず確認することをスタッフに周知。また該当医薬品の薬品棚にプラセボの記載があるかどうか確認するようにポップを設置した。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
92	一般名処方で「ヤーズフレックス配合錠」の処方あり婦人科の在庫がなく「ヤーズ配合錠」で注文をしてしまった入荷した時に成分名を確認し間違えである事に気づいた	同じような成分の入った薬いつもは取り扱わない薬について、特に一般名処方についてはしっかり確認をしないといけないと感じた	レセプト入力の確認；いつもは2人で確認している。1人で確認した時に注文した今後は、2人(複数)で確認後、注文、調剤をするようにした。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	ヤーズフレックス配合錠が処方されていたが在庫がなかったので規格違いのドロエチ配合錠で入力。監査で間違いを発見。	入力者がヤーズフレックスとヤーズが異なる医薬品であること、ヤーズの後発品がドロエチであることを知らず、規格違いで入力するリスクを理解していなかったため。	間違いやすい医薬品の情報を共有する。医薬品棚に注意喚起のシールを貼る。規格違いで入力してはいけない医薬品を知る。	ヤーズフレックス配合錠	ドロエチ配合錠「あすか」		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
94	処方箋にてRp.1(般)酸化マグネシウム錠330mg 2錠 寝る前 10日分Rp.2 プレドニン錠5mg 1錠 寝る前 10日分 以下余白 を処方、監査薬剤師がプレドニン錠5mgの眠前投与に疑問を感じ疑義照会を行った。疑義照会の結果プレドニン錠5mgではなくプルゼニド錠12mgを処方したかったとのこと。Rp.2 プルゼニド錠12mg 2錠 寝る前 10日分に処方変更。	プレドニン錠5mgとプルゼニド錠12mgに薬剤名類似によるものと思われる。	特になし			プレドニン錠5mg	プレドニンとプルゼニドの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
95	2ヶ月に1回の処方、来局。プロスタール処方のところ、ピッキング及び鑑査のミス。その後別の薬剤師が投薬。Do処方で特にかわりはなかったため、1剤1剤を確認することなく現状ヒアリングを行い。交付した。当日、処方箋入力チェックを行ったメディカルパートナーが、自身がピッキングした薬剤の規格が異なることに気が付き、鑑査済み薬剤の写真を確認、異なる薬剤を交付していることに気がついた。薬剤師が速やかに患者宅を訪問、交付薬剤を正しいものへ替えて陳謝した。まだ服用していなかった。	1. 普段交付の機会が多くない薬剤であること。2. 薬剤名がよく似ていることから品名のみで判断。3. 鑑査、投薬時の手順を省略していた。	1. 鑑査には調剤指示書を利用しているが、品名数量とともに規格にもチェックを入れることを義務化。2. 鑑査時は、薬剤情報提供書を確認し、薬剤写真の色やデザインにも注意することを再確認した。3. 両方の薬品箱に、間違え注意の札を作成添付する。4. 過去薬歴参照のときに、患者さんの疾患名をよく見ること。5. 投薬時には、薬剤情報提供書と実物を垂らし合わせながら交付することを再確認した。	プロスタールL錠50mg	プロタノールS錠15mg		プロスタールとプロタノールSの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
96	ザルティア錠が処方されていた処方箋においてザイティガ錠を調剤してしまっただが、監査で発見され交付には至らなかった。	当薬局では泌尿器科領域の薬剤と抗がん剤の薬品棚が隣あっており、上記2剤の収納位置が近かったことと薬剤名がやや似ていること、調剤者に思い込みがあったこと等が調剤ミスの要因となっていたと考えられる。	両剤の収納位置を離して設置すると共に、両剤の収納部に注意喚起の札を設置した。	ザルティア錠5mg	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
97	先発医薬品テルネリン錠(1mg)1錠分1朝食後が処方された。患者に確認したところ、肩こりなどの症状はなくて、処方医から糖尿病の薬が処方されると聞いていた。疑義照会した。結果テネリア錠20mgに変更になった。	入力者は、名前が類似していたために誤入力した。調剤者は誤入力した調剤支援表を見て調剤した。鑑査者は処方箋を再確認して正しい薬を交付した。	処方鑑査を行う際は、お薬手帳や患者からの聞き取りなどから処方された薬剤が医師の処方意図と一致しているか確認する。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
98	在宅患者へ処方箋発行の前にクリニックより電話でアスピリン臨時処方の連絡あり。電話を受けた薬剤師がアスペノンと聞き間違い、在庫なしで土曜午後のため取り寄せも不可のため、アスペノンと同種の不整脈薬であるメキシレチンへ変更提案。メキシレチンで処方箋が発行され、調剤を行い、別の薬剤師が施設へ配薬。訪問時症状を聞き取った際に咳症状とわかり間違い発覚。再度疑義照会し、アスピリンも在庫なしのため鎮咳薬のメジコンへ処方変更。	処方箋発行の前に電話のみのやり取りであったため聞き間違いが生じた。薬剤名を復唱するなどの確認が不十分だった。クリニック側の薬剤変更時の医師の確認も不十分であった。	電話での指示を受けた際には、薬剤名を復唱する。変更依頼をする際にはクリニック側が間違いに気が付けるよう「不整脈薬であれば…」など薬効名を入れて伝える。			アスピリン錠20 アスペノンカプセル20 メキシレチン塩酸塩カプセル50mg 「サワイ」メジコン錠15mg	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。

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

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	
99	<p>フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」を患者は欲しかったようだが、処方箋に記載されていたのはスミスリンローション3%100mlであった。フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」の旧名称がスミルスチック軟膏であり、スミスリンローションと似ている事から医師が間違えて入力され処方箋交付されたものと思われる。患者から症状聞き取り中に疥癬でないことがわかり、当病院薬剤部へ疑義照会となった。実際にはフェルピナクスチック軟膏3%80gの交付となる。</p>	<p>最近、薬剤名の名称変更が多く、若い薬剤師は旧薬剤名を知らないことが多く、薬局内で情報共有が必要である。</p>	<p>少しでも怪しいと思ったら調剤歴の長い薬剤師への相談が必要かと思われる。</p>	<p>フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」</p>	<p>スミスリンローション5%</p>		<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>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
100	当薬局4カ月ぶりのご来局。お薬手帳より、前回他院でロフラゼブ酸1mgの処方だったが、今回はロラゼパム1mgで処方あり。薬の変更や追加について先生から聞いているか確認したが、前回と同じ薬が出るとお話があったとのこと。念のため、病院に問い合わせしたところ、ロフラゼブ酸の処方間違いであったことがわかった。	ロフラゼブ酸・ロラゼパムは名称類似しており同規格もあるため、見間違いやすい。	お薬手帳や処方箋を確認する際は、頭文字だけでなく薬剤名・規格をしっかりと確認する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーフ」		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。
101	今まで他の病院を受診していたが、今回より転院紹介状をもって転院していたが、今までロラゼパム1mgを服用していたが、処方はロフラゼブだった。	名前が似ている	薬品名が似ているものには喚起をうながす	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		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。
102	A医院よりベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方。患者様に確認したところ、鼻炎の薬をお願いしたとのこと。電話にて疑義照会を行ったところ、ベボタスチンベシル酸塩錠10mgへ変更となった。	平素より、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg、ベボタスチンベシル酸塩錠10mgをともに使用している患者であり、前回処方ではベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方されていたこともあり、入力ミスが起きたと考えられる。	類似した医薬品名があるものに関しては特に、患者からの聞き取りをしっかりと行い、少しでも疑わしい場合は、病院に確認を行う。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「TSU」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
103	前回足の親指の付け根の痛みで受診。痛み止めを処方されて痛風の疑い。1週間後受診時に持ってきた処方せんに、アロチノロールが書かれていた。痛風治療目的に合わないので疑義。アロプリノールに変更された。	よく似た薬品名だったので入力間違いがあったようです	前回からの薬歴参照と患者との対話が大事でした。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「JG」	アロプリノール錠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。

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

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	
104	2023年6月末まで、総合病院を利用していましたが、症状安定のため、2023年8月18日よりかかりつけ医に転院された。総合病院では、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」の処方を受けていることをお薬手帳にて確認。2023年8月18日薬局時、かかりつけ医の処方せんには、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の記載だったため、疑義照会をし、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」に変更となった。	見落とし。体調悪化し、入院の恐れ。	処方せんとお薬手帳の照合。患者様に処方内容の確認を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
105	普段かかっていた内科が閉院したためほかの内科に転院した患者さんが初めて処方箋をもって来局。硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていたが、お薬手帳を確認したところ今まで一硝酸イソソルビド錠20mgでもらっていたため問い合わせ。一硝酸イソソルビド錠20mgへ処方変更。	今までかかっていた内科が閉院してしまったため情報の引継ぎができていなかったことが要因と思われる。	お薬手帳など患者上の適切な確認と処方箋監査の徹底。	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。
106	普段から当局を利用されている患者が処方箋をもって来局した。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」2錠朝夕食後28日分で処方されていた。転院に伴う処方変更かと思われたが、患者に確認したところ、医師からは引き続き同じ薬を処方すると説明を受けていたため、処方医に電話にて疑義照会した。その結果、従来通りの一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」に変更となった。	該当する薬が違うものであることを把握されておらず、硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠を間違えたようだ。	薬歴や患者からの聞き取りなど、情報収集をしっかりとすることにより、処方内容に誤りがないか確認していく。	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」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
107	かかりつけのクリニックが閉院となり、新しいクリニックへ転院となった。患者家族から、1剤のみの変更があると聞き取ったが、合計4剤の変更があり、念のためクリニックへ確認をした所、3剤の変更と1剤の処方ミスが発覚した。(患者家族の把握していなかった2剤の変更については、クリニックの採用薬の都合による変更と回答有→薬局から患者家族へ説明)	前医の紹介状があったが、類似する薬品へ誘導されたと思われる。	処方変更を聞いていない事例については、処方ミスの可能性もある為問い合わせる。処方変更がある場合には、医師からしっかり変更点を聞いてもらうように患者に伝える。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	一硝酸イソソルビドで処方するところ硝酸イソソルビドで処方されていた病院が変わっており手帳などの確認から間違いの可能性があったため患者様に確認、いままで服用している薬が出るはずであるとのことで問い合わせを行い修正となった	類似名称：いままで通院していた病院から最寄りのクリニックに変更し今まで通りの薬が引き継がれるはずだったが類似名称の別薬剤を処方してしまった	薬局における併用薬記録の確認とお薬手帳の確認を行い変更点などがあった場合は必ず患者様に問題ないか確認を行う	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。
109	総合病院の外科を継続して受診している患者に、マイスタン錠10mg 1錠 1日1回朝食後 30日が、新規に追加された。患者はてんかんの既往症はなく、医師から寝つきをよくする薬が追加されると聞いていたため、薬品名の疑義照会を行った。マイスリー錠10mg 1錠 1日1回寝前 30日に変更となった。	医師が処方を入力する際に3文字で検索し、販売名類似の為に誤った薬品を選択し、用法も確認していなかったと推察される。	患者さんへの聞き取りを行い、併用薬、病名を確認し、どのような疾患で処方された薬かを確認します。マイスリーとマイスタンは薬剤選択ミスをおこしやすい事例であると、再度、薬局内で啓発・周知します。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
110	服薬指導時に寝つきが悪いので、薬が追加になることをきいていると患者より説明を受けた。マイスタン錠5mgが処方されており、念のため病院に確認。マイスリー錠5mgを処方したかったが、今回はマイスタン錠5mgを削除して、次回医師より説明を行うこととなった。	名称類似品のためPC入力ミス	服薬指導時に患者訴えと処方内容が異なる際は必ず確認を行う。			マイスタン錠5mg	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
111	マイスタン10mgが新規で処方されていたので、以前より服用していないのと初期用量も多いため、疑義照会を行う。確認後ゾルピデム10mgに変更となった。	少し前より手書きカルテから電子カルテに以降したため、以前は先発品名「マイスリー」とカルテに記載していたものを電子カルテにて選択する必要が出てきた。その選択時に選択を誤ったと思われる。処方箋としては一般名処方となっている。	電子カルテになったことは事前に聞いていたため、一部混乱を予想していた。薬歴より患者の疾患もおおむね理解しており、間違いに気が付いた。今後も薬歴等注視していくことで対応。	マイスタン錠10mg	ゾルピデム石炭酸塩錠10mg「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。
112	不眠症の患者様でいつもはマイスリー錠5mgが処方されていたのが突然マイスタン錠5mgの記載にかわっていたため、本人に確認した上で疑義照会してマイスリーの間違いと判明した。	疑義照会したところ、医師はマイスリーと入力してジェネリックに変換したつもりでマイスタンを選択したとのことだった。マイスタンという薬剤は普段なじみがないものだったため気が付かなかったと思われる。	レセコン入力時の間違いが多い事例等、ヒヤリハットの情報共有を常時薬局内で共有する。	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。
113	マイスリーを処方されるべきところを誤ってマイスタンで処方されていた。以前も同様の事例があり、職員内で情報共有していた。過去に処方されていたのはマイスリーだったため、確認のため疑義照会。疑義照会にてマイスリーへ変更となった。	医薬品の名称類似のため、処方箋入力を誤ったと考えられる。	当該事例を再度職員間で情報共有。服薬指導時の新規、変更点の確認徹底。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	マイスリー錠5mg2がT/朝夕で処方されていたため疑義照会。マイスタン錠5mg 2T/朝夕へ変更になった。	名称類似による処方入力誤り。用法からも眠剤の朝夕食後は不適切であるため、薬剤誤りであると推測した。	先頭の3文字だけで判断せず、薬剤名は最後まで読む。	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。
115	今回定期通院している患者から新しい薬が増えたと処方箋を受付した。マイスタン錠5mg 1錠分1就寝前での処方となっているが、てんかんの既往もなく、てんかんの他薬剤も使用していなかった。患者に聴取したところ眠れない為に薬が追加するとの話だった為、マイスリーとの記載ミスを疑い、疑義照会を行った。結果、マイスタン5mg からマイスリー5mgへと薬剤が変更となった。	3文字選択での選択ミスと思われる	類似名称で使用用途が違う薬は多いので、事例を共有し未然に防いでいく。	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	不眠で受診されているのに、適応のないマイスタン錠が処方されていた為、医師に問い合わせたところ、マイスリーの間違いと判明した。	薬剤名が似ていることによる間違い。	問診と、患者とのコミュニケーションをしっかりとる。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
117	転院されてきた患者への処方箋を受け付けた時に、お薬手帳を確認したところ服用中の薬と違う効能の薬が処方されていたため医師に疑義照会をしたところ変更された。	処方入力する時に、薬品名が類似していたため入力間違いされたとと思われる。	転院されてきたなど初めての処方薬については、特に注意してお薬手帳の確認や症状などの聞き取りを行うようにしています。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
118	門前のクリニックを初受診、当薬局の利用も初めての患者。処方箋にマイスタン錠5mg、デバス錠0.5mg、ドグマチール錠50mgの記載あり。初回質問票、お薬手帳、患者からの聴取より併用薬はないことを確認した。マイスタン錠の適応は「他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかんの下記発作型における抗てんかん薬との併用」であり、他のてんかん薬を使用しておらず、店間の指摘もなかったとの話から疑義照会を行った。結果、マイスリー錠5mgの誤りであったことが判明し、処方変更となった。	薬剤名の類似によりカルテへの記載が異なる医薬品となったと思われる。	患者への聞き取り、併用薬の確認等により処方されている薬が本来の意図されたものであるかを慎重に確認する。	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。
119	継続処方。これまでマイスリー錠5mgにて処方していたが、当該処方よりマイスタン錠5mgへ変更されて処方あり。	処方複写ではなく、3文字検索による入力を実施したものと推測される。	類似薬品について周知。用法考慮し、誤りである可能性がある場合に疑義照会を行うよう周知。	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。
120	いつもご利用いただいている患者様で急にマイスタン錠5mgの処方あった。疑問に思った薬剤師が服用歴や症状を確認したところ、マイスリー錠5mgの可能性があり疑義照会を行った。	病院側が処方箋作成時に最初の3文字を入力するとマイスタン錠の処方が出てくるためと考えられる。処方内容の確認不足も考えられる。	処方変更や初処方の際は患者様に先生から話を聞いているか、症状を必ず確認してから調剤を開始する。	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。

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

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	
121	患者からは、事前に夜眠れないことがある、という症状の申し出あり。お薬手帳は持参なし。処方、マイスタン5mg錠が寝る前服用で処方されており、投薬時に確認したところ、半分に割って眠れない時だけ使っているということであった。薬剤師が、投薬時にマイスタン5mgを見せつつ、再度、症状や使い方や服用頻度を確認したところ、普段使っている薬と色合いが異なるという話になった。薬名を確認したところ、確証はとれなかったが、念のため、名前が似ているマイスリー5mgの現物を提示したところ、患者より服用中の薬と同じものであると返答があった。病院へ疑義照会をして、マイスタンをマイスリーに訂正した。	マイスタンとマイスリーは名前が似ており、規格も5mgと10mgがある。病院での服用薬確認時、もしくは処方入力時に、薬の選択を間違えた、と考えられる。今回は、お薬手帳が無かったため、服用薬の確認が事前にとれなかった。また、先発品のマイスリーを使用していたため、速やかに解決することができた。	患者の症状や受診目的を確認し、薬については実物を提示して投薬を行う。平素から、お薬手帳は、病院、薬局の何れにも持参するよう声掛けを行う。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
122	マイスタン錠 不眠時の処方であり、過去にマイスリー錠を服用していたこともあったから、入力する際に選択を誤った可能性が高いと判断し疑義照会をおこなった。	最初の3文字が同じなための入力間違い	事例の共有	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。
123	今回、新規処方としてマイスタン錠 5 m g が追加になった処方箋を持って患者様が来局。症状を聴取すると、不眠の訴えがあった。薬効と症状に相違がある為、医師に疑義照会を行った。医師はマイスリー錠 5 m g を処方しているつもりだった。	『マイスタン錠 5 m g』と『マイスリー錠 5 m g』は名称が類似しており、かつ「頭3文字が同じ」「力価が 5 m g と同じ」という特徴があり、パソコン入力の処方箋で選り間違いの可能性の高い薬剤である。	患者様より症状を聴取し、医師の処方意図と異なる処方内容になっていないか、確認を行う。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
124	当該患者は既往に2型糖尿病があり、従来から糖尿病治療薬を服用されていた。今回ルセフィ錠5mgが追加となっており、処方鑑査時に初回量として5mgであること及び用法も眠前であったため疑義照会を実施。その際に医師がルバフィン錠10mgのつもりで誤ってルセフィ錠5mgを処方入力していたことが発覚した。結果、ルセフィ錠5mgからルバフィン錠10mgに変更となった。	名称類似に伴う医師の処方入力間違い	処方鑑査の段階で漏れなく疑義照会を実施できており、患者に対して適切な薬剤を交付できた。	ルセフィ錠5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	アドエア250ディスカス 60プリスターが処方されている患者の同一処方箋に、スピオルトレスピマツト60吸入の処方あり。スピオルトレスピマツトの添付文書上には本剤を他の長時間作用性抗コリン薬、長時間作用性ベータ2刺激剤又は長時間作用性抗コリン薬を含む配合剤、長時間作用性ベータ2刺激薬を含む配合剤と同時に使用しないことの記載があったため、アドエアとスピオルトを本当に併用してよいか疑義照会、スピオルトレスピマツトがスピリーバ2、5マイクロレスピマツトの処方に変更になった	スピオルトレスピマツトとスピリーパレスピマツトの名称が類似しているため	名称や包装が類似している薬は近くに置かないよう実施。併用注意、禁忌のアラートがレセコン等から出た場合、きちんと確認するよう習慣づけている。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2、5マイクロレスピマツト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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
126	普段は他の血圧の薬が処方されている患者様に、アテロック5mgが追加して処方されていたので調剤して投薬時の会話で血圧が高いので薬追加されたのかを確認したところ、血圧は正常にコントロールされてるとの事でDrからも血圧の薬が増えることは聞いていない様子。過去の薬歴を見たところ以前、アレロック5mgが処方されていたのでもしかしたらアレロック5mgを処方されたかったのかもしれないと思い、Drに疑義照会をしたところアレロック5mgの間違いであったことが判明した。	Drの処方入力画面での誤入力。似た名前の為に混同したのかも。	患者様とはよくコミュニケーションを取って、薬の変化には注意を払って確認する事。			アテロック錠5 アレロック錠5	アレロックとアテロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
127	投薬時、血圧が高く降圧剤が処方されることがわかり、アレロック錠が処方されているのはおかしいと思い処方医に連絡。本来アテロック錠が処方されるべきところ間違えて処方された。	医薬品名が類似しており規格も同じで、ミスが起きたと思われる。	投薬時、患者さんに詳しく話を聞く。	アレロック錠5	アテロック錠5		アレロックとアテロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
128	数種の風邪処方の中に、1つ血圧薬が処方されており違和感あったため疑義照会を行ったところ、アテロック錠5mgではなくアレロック錠5mgに処方変更になった。	医薬品名称が類似しているため、手書きカルテの記載ミスと思われる。	処方内容に違和感あった場合は、患者様から受診内容について確認し、該当医薬品でない場合は疑義照会を徹底する。	アテロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	アテレック錠、アジルパ錠、ムコスタ錠、メチコパール錠を長期間継続で使用中の患者様で、今回、アテレック錠の処方がなくその他3種のみ記載の処方箋を持参された。血圧改善のため中止になったのかを投薬時に確認したところ、血圧はいつもと変わらずで安定しており、医師より「アレルギーの薬はもういらぬよね」と言われ、アレルギーの薬は飲んでないためよくわからないまま「はい」と答えてしまったと聴取した。血圧の薬が減る話はなかったとのことで医師の勘違いの可能性があり処方内容について疑義照会を行い、アテレック錠の処方が追加となった。	おそらく医師がアテレック錠を抗アレルギー薬のアレロック錠と勘違いをしてしまい処方を削除してしまったものと考え。	薬が変更になっていた患者様に対しては、特に体調変化や医師との会話の内容についてしっかり聴取を行い薬剤の変更が適切かの判断を行っていく。				アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
130	もともとDPP-4阻害剤服用中。今回、別成分のDPP-4阻害剤が配合されている合剤の薬剤の追加処方があった。同効薬の重複のため確認。	合剤の名称のはじめの二文字が同じため、薬品名入力時に誤って選択した可能性がある。	追加薬の薬効が分かりやすいように、処方入力後の補助に使う指示書の薬品名に薬効分類を記載し、同効薬の重複見逃しを防いでいる。	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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	糖尿病薬の初処方での患者様に通常第一選択では用いられないカナリア配合錠の処方あり。疑義照会を行った結果カナグル錠100mgに変更となった。	配合錠が第一選択として使用されないという医師の認識不足。疑義照会時のリアクションから、似たような名称のカナリアとカナグルを誤って処方した可能性がある。	別薬剤師の調剤設計では見逃されてしまった内容。普段見慣れない薬は必ず毎回添付文章を確認。新規患者様での初回処方においては、用量、禁忌含め細心の注意を払うよう徹底。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	血糖上昇のため薬が変更となった患者へ、カナリア配合錠とカナグル錠100mgが処方されていた。通常カナグルは1日1回100mg服用であり患者も68歳と高齢のため疑義照会を行ったところ、処方間違いでありカナリア配合錠は処方削除となった。	処方の確認不足	処方の前監査、ダブルチェック			カナリア配合錠 カナグル錠100mg	カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
133	当該患者は従来より当局を利用している。今回来局時、当該薬剤師が薬歴で前回の処方薬と今回の処方薬が違っていることに気づき、患者に従来服用している薬剤が今回変更になっていることを処方医師より説明を受けているか確認。患者はいつもどおりの薬剤と聞いているとのことだったので、処方医に疑義にて確認。医療機関にてカルテからレセコンに入力する際、事務員が未熟で、入力ミスをしていたことが判明。従来どおりの薬剤となった。	当該医療機関は紙媒体のカルテのため、本日から勤務した事務員が薬歴で処方内容を確認し、薬剤調頭二文字で入力し、よく似た薬剤名だったため間違いに気づかず処方箋をしたとのことであった	処方箋受け取り時に、レセコン・薬歴で処方内容を確認し、薬剤調整前に患者に確認したことで、未然に投薬ミスを防ぐことが出来た。今後も同様な確認を継続して実施していく。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
134	A医院よりイニシンク配合錠処方されている患者さんに、同医院から新たにカナリア配合錠が処方され、両剤に別種類のDPP-4阻害が配合されており成分類似で重複しているため、疑義照会を行いカナリア配合錠からカナグル錠100mgへ処方の変更された。	処方医がカナリア配合錠とカナグル錠100mgの名前を間違えて入力してしまった可能性あり。	配合錠などの含有成分をしっかりと把握し、成分重複がないか鑑査を行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
135	新患として処方を受け付け、今回より処方内容が変わると患者様よりお話をいただいた。処方内容を確認してみると糖尿病治療薬がエクメット配合錠HDを継続しており、今回はカナリア配合錠が追加となるとのことだった	一人薬剤師で業務を行っていたが、入力通常通り行い、調剤も通常通り行っていたが、処方内容が今回から変わるとのこと、配合錠の配合成分が記憶があいまいであったことから、ピッキングの時点では成分重複についてはっきりと理解していなかった。	処方監査の段階でようやく配合錠どうし重複しているかもしれないと思い、辞書や添付文書を用いて成分を確認したところ、やはりDPP-4阻害薬が重複していることが判明した	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
136	エクセグラン錠が処方されていたが、問診によりお腹の調子が悪いとのことだったため、問い合わせ。エクセラゼ錠が処方であったことを確認。	医師の選択ミス	患者さんの病状を聞き取る。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
137	エクセラゼ処方のところエクセグランの処方入力誤り。疑義照会で変更。入院中に処方変更があったと思われるが、お薬手帳忘れより確認できなかった。後発品希望患者だったため、入院中院内では先発薬品で調剤となるため、名称の相違からの飲み間違い防止のため、1つずつ内容の照らし合わせも必要だった。薬の説明をする中で、入院中から消化が悪いため、消化剤が追加になったことを聴取した。合わせて、てんかんの既往もないことを確認して、もしかしたらゾニサミド(先発名:エクセグラン)とエクセラゼの間違いでは?とピンときたため、疑義照会を行った。	処方箋発行病院ではカルテと処方せん入力端末が連携はしていません、医師が手書きした手書きの指示書を元に医事スタッフが入力を行い処方せんが発行されている。エクセグランとエクセラゼと3文字入力をして同じであるため、入力誤りを起こしたと思われる。	お薬手帳の持参がなく入退院時の院内処方が確認できなかったが、患者様からの聴取で入力誤りの可能性があると考え、疑義照会を行い、処方変更になった。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	消化不良の患者様にエクセグラン錠100mg処方されていたので、疑義照会にて確認。エクセラージェ配合錠に処方変更となる。	薬剤名が似ているため、入力間違いの可能性あり。	患者情報を詳細に聞き取って、事故を防いでいく。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
139	下痢の症状でエクセラージェ配合錠・ピオフェルミン錠が4日前に処方されていたが、今回の処方がエクセグラン100mg・ピオフェルミン錠が処方されていた。前回の処方内容と日にちが近いことや、ご本人様の症状等を聞き、エクセグラン100mgはエクセラージェ配合錠の間違いでは無いかとDrへ疑義紹介した。結果、エクセラージェ配合錠へ変更された。	薬品名が類似している為、処方入力の際に間違ってしまったのではないかと考えられる。	前回の処方や、患者様の状態などを確認し、処方内容が正しく合っているかの確認をしていく。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
140	エクセグラン錠100mgとガスターD錠10mgが書かれた処方箋をもって来局。腹痛の訴えのみのため、エクセラージェ配合錠との誤りではないかと疑い、疑義照会を行った。エクセラージェ配合錠3錠分3に変更となった。	3文字入力した際に、名前が類似した医薬との選択ミス。	新規で薬が出た際はどのような理由で受診したか聞き取りを行う。適応にない場合は病院へ確認を行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
141	てんかんの既往がなく主症状が下痢の患者様にエクセグランの処方が出ました。本人にてんかん発症の確認後、医師に疑義照会した結果、エクセラージェ配合錠の処方に変更になりました。	パソコン操作時に「エク」で選択したため、エクセラージェをエクセグランと誤選択したと思われます。	処方変更の際には、投薬時に詳細な聞き取りと既往歴の確認をすすめる。	エクセグラン錠100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	てんかんの既往なく服用歴もなし。初回でエクセグラン錠100mgの処方があり、患者に聞き取り。てんかんの診断を受けていないことが分かった為、疑義照会したところ、エクセラージェ配合錠を処方したつもりだったことが判明。	病院で処方入力時に3文字入力で検索し、名称類似品だったため誤って選択したと考える。	症状や主訴と、処方内容に相違がないか確認する。特に新規追加薬には十分注意する。不明点や不審点があるときは必ず疑義照会をする。	エクセグラン錠 100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
143	胃腸症状を訴える患者が処方箋を持って来局。処方箋にエクセグラン錠100mg3錠毎食後と記載があった。処方箋に記載されている他の薬よりエクセグラン錠ではなく、エクセラージェ配合錠ではないかと思い、疑義照会を行った。照会后、エクセグラン錠100mgは削除となり、エクセラージェ配合錠に変更となった。	処方せん入力時に頭の3文字(エクセ)だけで判断し、誤った入力になった	引き続き、処方内容に不明な点があるときは、疑義照会を行ってから調剤する	エクセグラン錠 100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
144	2023年12月某日(火)17時頃 施設入所中の患者様(80代女性)に新規でエクセグラン錠100mgの処方が出た。定期的に施設の処方を取り扱っており、施設看護師又はご本人様からてんかん発作等の相談や聞き取りがなかったことから、監査者が施設看護師に確認したところ、「おなかの調子を崩しているので往診してもらった」との返答だった。その後医師に疑義照会をし、エクセラージェ配合錠を処方するつもりであったことが判明した。	病院の入力システムが頭文字3文字から検索されるもので、今回の処方薬の頭文字3文字が同じであったこと、処方医の見落としが要因と考えられる。	定期的に関係がある施設であったため、施設看護師に確認できた事例であった。今後も施設の関係者とは密に連携を図っていく。	エクセグラン錠 100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
145	3か月ほど連続して来局されていた患者様の処方継続してエクセラージェ配合錠を服用していたがその時の処方箋にはエクセグラン錠と書かれており患者様と薬の変更等医師から話があったか確認。患者様はいつも通り胃薬をもらっているとお話の為電話で病院に確認した結果エクセラージェと間違えて処方していたとのことで薬剤変更	病院側の薬剤の類似名称の選択ミス	患者様とのコミュニケーションを密にして薬の変更や内容についてよく話す	エクセグラン錠 100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	新規でエクセグランが3錠分3が処方。念のため患者様に確認したところ、食欲が落ちていて筋力低下が疑われるというお話をされていたので名称の似ているエクセラージェの誤りではないかと思ひ、疑義照会し変更となった	名称が似ており、医薬品選択の際に誤って選択してしまった	新規追加薬に関しては必ず聞き取りを行って、正確な選択であるのか確認する。薬局でも名称の似ていて間違えやすいものをピックアップ、共有して過誤の起こらないように努める	エクセグラン錠 100mg	エクセラージェ配合錠		エクセグランとエクセラージェの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
147	転院による初回であった。患者が受診時に前の病院で服用されていた薬について「ヤーズ」を飲んでいたとおっしゃったが、お薬手帳では「ヤーズフレックス配合錠」であったため患者へ聞き取りの結果薬の変更の説明は受けていないとあったため医師へ疑義照会し発覚。	患者がヤーズには2種類あることを知らなかった、医師がお薬手帳を見れていなかった	初回の時は、お薬手帳と処方内容を確認。前回処方との相違がある際は患者に変更点を再確認したうえで交付を行う。	ドロエチ配合錠「あすか」	ヤーズフレックス配合錠		ヤーズとヤーズフレックスについては、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
148	プレドニン錠 5mg が一回 2錠、便秘時で処方されていた。他にマグミット、新レシカルボン坐剤と便秘薬が出ていることからプルゼニドの間違ひの疑いがあり疑義照会を行ったところ誤りでありプルゼニドへ処方変更となった。	医師がカルテに記載したものを恐らく薬効等を理解されていない事務員が処方せんに入力する際に誤って打ち込んだものと思われる。	きちんと薬効、用法等からおかしいかも確認する。ステロイドの誤投与は危険なので特に注意する。	プレドニン錠 5mg	プルゼニド錠 12mg		プレドニンとプルゼニドの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
149	ムコダイン、クラリスと同時にアスペノンが処方されており、新規処方でした。処方内容から推測し、似た名前と間違えた可能性も踏まえ疑義の対応となりました。	アスペリンと間違えたことからアスのところまで同じとなり、そこから検索した結果で選択を間違えたと思われます。	処方内容からみて、明らかに1種類違う作用の薬がある時は一度病院へ問い合わせるように共有しました。	アスペノンカプセル20	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。
150	発熱外来受診患者の風邪薬の処方だったが、抗不整脈薬が含まれており処方間違いが考えられた。監査者は他の事項での疑義照会に気を取られて気が付かなかつたが、投薬者が気が付いて疑義照会し、アスペノンではなくアスペリンであったことが判明し調剤し直してして交付した。	医師が電子カルテでアスペリンを選択すべきところアスペノンを選択したようで、処方箋には一般名処方アプリンジンと記載されていたため薬品名の類似による処方間違いと気が付くのが遅れて監査も通ってしまったと考えられる。	今後も同様の間違いが発生する可能性が高いため、処方入力の際にチェックできるよう事務にも周知する。処方箋を発行した病院にも発生しやすい間違いであることを指摘して対策を検討してもらう。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスペリン錠20		アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
151	主訴が発熱、咳の患者にアプリンジンが処方。まず、一緒に処方されていたのがカロナルとトラネキサム酸だったので、風邪症状を疑い患者に確認したところ、不整脈などの症状は全くないとのことで疑義照会。アプリンジンではなくアスペリンの処方間違いとのことで変更となった。	処方医が処方入力する際に入力ミスをした。門前医療機関は今年度から一般名処方に切り替わったこともあり、入力作業に慣れていなかったと考えられる。	他の処方内容から、患者の症状を推察し、少しでも疑問に思った場合はすぐに患者に確認をとる。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスペリン錠20		アスペリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
152	新型コロナウイルス陽性の患者が持ってきた処方箋に、【般】アプリンジンの処方があった。他の処方箋はコロナウイルス罹患に伴う症状の対症療法の薬剤であった。その患者は、元々アプリンジンの服用歴もなく、不整脈の既往もなかった。薬剤交付時に、脈が乱れるといった自覚はなく、医師にそのような話をしていなければ、医師から脈に関する薬剤を処方するといった話もないと聴取したため、処方元の医療機関に疑義照会をした。その結果、鎮咳薬であるアスピリンを処方しようとして、間違えてアプリンジンを処方してしまったとのことだった。その後、本薬局にアスピリンの在庫がないため、同じく鎮咳作用のあるレスブレンに処方変更となった。	アプリンジンの先発名である「アスピノン」と「アスピリン」の名称が似ており、誤って処方してしまったものと考えられる。	その処方が正しいかを判断するために、同じ処方箋にのっている他の薬剤の確認、薬歴を見て既往歴などを確認、患者本人に症状の有無や医師からの話があったかを確認し、少しでも疑わしければ疑義照会する。ヒヤリハット事例が発生した場合は薬局内で共有し、職員全員の危機意識を高める。	アスピノンカプセル20	レスブレン錠20mg		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。
153	風邪症状で受診。薬局内に在庫していない薬が出たため薬効を確認したところ風邪処方処方されないと考えられる薬だった為疑義。類似名称の薬へ変更となった。	医薬品名の最初の2文字で検索を行うことで類似名称の薬が処方された可能性がある。	処方内容から薬局に在庫していない薬という認識で終わらせず何の薬なのか、類似名称薬の可能性はないか確認を行う。	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。
154	患者からの聴取で不整脈の既往歴有無を確認したところ、患者は否定されたのでアプリンジン塩酸塩10mgの処方ミスと判断し、疑義を行なった。	鎮咳薬のアスピリン錠(一般名チベピジンヒベンズ酸塩)と、不整脈治療薬であるアスピノンカプセル(アプリンジン塩酸塩)の販売名類似による取り違えだと考えられる。	患者への問診票記入徹底と投薬時の症状の確認を行う。	アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	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。

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

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	
155	メキシチールカプセル服用中の患者にアプリンジン塩酸塩カプセル20mg3C分3 14日分が処方され、同薬効の為疑義照会の必要性を判断。また、患者より咳の主訴で受診と聞き取りした。疑義照会したところ、アスベリン錠20の間違いと判明した。アスベリン錠20mg3T分3 7日分に変更となった。	名称が類似しているためと思われる。	処方箋受付時の患者聞き取りを重視する。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
156	風邪処方の中に抗不整脈薬のアプリンジン(アスペノン)が入っていたので疑義紹介し、鎮咳薬のアスベリン錠であったことが判明。	処方入力の際にアスベリンと入力する際にアスのみでの前方検索で間違えてアスペノンを選択してしまった可能性がある。	定期的な薬の服薬のない方に、風邪処方が出ている中、明らかに違う薬が1種類混ざっていたので疑義照会した。処方内容から患者さんの状態を把握・イメージすることにより今回は間違った薬剤が出ていることに気づいた。引き続き、薬一つを見るのではなく全体をイメージするよう心掛けたい。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
157	風邪薬の処方の中にアスペノンが入っていた。処方内容と患者の年齢が16歳であるためアスベリンの間違いと思われる、疑義を行ったところ、アスベリンに変更となった。	類似薬の間違い、処方入力ミス	全体の処方内容と患者年齢などから病態を推測し、処方監査にあたる	アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	総合病院の救急科に受診、2日前にも同科に受診し投薬しており、経過を考え、処方薬の内容に疑問が生じた患者さんが一度薬局を出てあいだに薬の準備をするということだったので、本人からの聞き取りができない状況だったので直接病院に確認をした。改めて先方から電話にて謝罪と処方変更の連絡が入ったアスピリンとすべきところアスピノンとじてしまっていたようだ	病院側でのミスの詳細は不明だが類似薬品名なので入力・選択のミスかと思われる	患者さんからの症状の聞き取り・処方薬の妥当性・用量の確認、初診に返り、疑わしい場合は疑義照会する	アスピノンカプセル20	アスピリン錠10		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。
159	他の病院で処方されていたアプリンジン塩酸塩錠20mgを今回から、違う病院で処方されることになった。その際、アプリンジンと入力するところを、アスピリンと入力してしまったようだ。患者様が来局し、咳の症状はなく、アプリンジンをこの病院からもらうことになったと聞き、間違いが発覚。	アではじまる薬名だったこと、20mgで同じ規格だったことから、その病院でなじみのあるアスピリンと誤入力してしまった可能性がある。	類似名称がある薬を、薬剤師が把握し、症状などから薬が合っているか確認する	アスピリン錠20	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」		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。
160	(般) アプリンジン塩酸塩カプセル20mg 初処方。カルボシステイン・モンテルカストと一緒に臨時処方。患者様に症状をお聞きしたところ、風邪症状があるとの事であったので疑義照会を行った。→アスピリン20mg の間違いであった。	処方元の入力間違い。(アスピノン・アスピリンで商品名が並んでいる)	処方内容からの推察、症状と合致しない薬の処方(特に初処方)については処方元に確認を行っている。	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。

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

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	<p>アスペノンカプセル(20) 3P 分3毎食後 7日分の処方あり。不整脈の薬が出ているが今まで飲んでのかと患者様に確認したが、今回初めてだとのこと。初回投与量よりも過量であること、また他に風邪に対する処方しか無かったため照会。アスペリン(20)の間違いであることが発覚。入荷困難品で薬局に在庫が無いことを伝えるとアストミン(10)6錠/日に変更となった。</p>	<p>医師の処方せん発行時の商品選択ミスと確認ミス。</p>	<p>初回投与量の確認徹底と他の処方内容から処方意図に疑問点があった場合に疑義照会する日ごろからの行いが過誤を防げたため、引き続き継続。</p>	<p>アスペノンカプセル20</p>	<p>アストミン錠10mg</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>
162	<p>今回初めてスミスリンローション50gが処方された。処方内容を確認していたところ、1日2回使用と通常の使用方法(通常、1週間隔で、1回1本(30g)を頸部以下(頸部から足底まで)の皮膚に塗布し、塗布後12時間以上経過した後に入浴、シャワー等で洗淨、除去する。)とはかけ離れていた為、患者に処方内容の確認を行ったところ、数年前のスミスチック(現:フェルピナクスチックに名称変更)を再度処方してほしいと頼んでいたと確認した。処方医に疑義照会を行った所フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」40gへと変更になった。</p>	<p>旧名称がスミスチックだったが、現在変更となっている為スミルまでの名称検索で誤ったものと思われる。</p>	<p>特殊な使用方法の薬は特に処方内容の確認を患者と医師に合わせて行うようにしていく。</p>	<p>スミスリンローション5%</p>	<p>フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」</p>		<p>スミ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>

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

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	
163	平素より当薬局を利用している患者。本来局時処方内容が大きく変更になっていた。本人と内容確認を行いたかったが代理薬局のため詳細確認できず。その中でロイコボリン錠の新規処方があったが、ロイコボリン5mg 3T分3の処方となっており添付文書上の用法用量と異なっていたこと、また胃がんの治療中であったことから処方意図を確認するため処方医に疑義照会した。結果ロイコ錠の間違いであることが判明した。	オーダー時の焦りか	処方意図に不自然な点があった場合、躊躇せず問い合わせを行う。	ロイコボリン錠 5mg	ロイコ錠 10mg		ロイコ錠とロイコボ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。
164	ワーファリン(5) 1.5錠1×の処方。前歴からINRが高めに推移状況。減量の間違えではないかと疑念を持つ。	オーダーリングで薬剤選択で(0.5)と(5)を選択間違えの可能性と思われる。	前回からの増量・減量の説明の確認は、毎回必要。			ワーファリン錠 5mg	ワーファリン5mgとワーファリン0.5mgについては、規格取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
165	<p>前回ワーファリン錠1mg 2錠で処方されていたが、今回ワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠5mg 1錠、ワーファリン顆粒0.2% 0.2gへ変更になっていた。総量6.4mgとかなりの増量になっていたため患者に確認すると減量という話だった。5mgと0.5mgの処方間違いと思い、疑義照会を行ったところワーファリン錠1mg 1錠、ワーファリン錠0.5mg 1錠、ワーファリン顆粒0.2% 0.2gへと変更になった。</p>	<p>処方入力の際に0.5mgと5mgを見間違えて入力したと思われる。</p>	<p>薬局では投与量の確認は必ず行っている。またワーファリンは投与量に個人差があるが通常成人であれば1mg～5mg程度になることが多い。そのことも知識として知っておく必要がある。</p>			ワーファリン錠5mg	<p>ワーファリン5mgとワーファリン0.5mgについては、規格取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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>
166	<p>定期薬でワーファリン錠0.5mg分1朝食後0.5錠が処方されている患者にワーファリン錠5mg分1朝食後0.5錠が処方された。疑義照会し確認したところ、間違えと分かり定期薬通りのワーファリン錠0.5mg分1朝食後0.5錠に変更となった。</p>	<p>医療機関側の入力ミス</p>	<p>今後も薬歴を活用し、お薬手帳や患者への聞き取り、処方せん以外の情報も含めて収集することにより、処方内容に問題がないかどうか確認していく。</p>			ワーファリン錠0.5mg ワーファリン錠5mg	<p>ワーファリン5mgとワーファリン0.5mgについては、規格取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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>
167	<p>病院変更に伴い、当薬局利用。ノルバデックス錠10mg1錠の処方あり。お薬手帳よりアムロジピン錠10mgを服用していることを確認。ノルバスク錠10mgと処方間違いであることを、電話にて医師に確認。</p>	<p>頭文字3文字が同じため、入力間違いが起きたと推定される。</p>	<p>既往歴の聞き取り、お薬手帳による服用薬剤の把握。</p>	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		<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>

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

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	
168	病院変更に伴い、当薬局利用。ノルバデックス錠10mg1錠の処方あり。お薬手帳よりアムロジピン錠10mgを服用していることを確認。ノルバスク錠10mgと処方間違えであることを、電話にて医師に確認。	頭文字3文字が同じため、入力間違いが起きたと推定される。	既往歴の聞き取り、お薬手帳による服用薬剤の把握。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
169	【般】タモキシフェン錠10mgが処方されたが、診療科や患者既往歴から処方誤りの可能性が考えられた。前回処方を確認したところ、【般】アムロジピン錠5mgの処方から【般】タモキシフェン錠10mgへ処方変更となっており、処方誤りの可能性が考えられたため、患者へ状況の確認を行った。降圧剤増量予定と聞き取ったため、疑義照会を実施し【般】タモキシフェン錠10mgから【般】アムロジピン錠10mgへ処方変更となった。	処方箋は一般名処方となっていたが、医師が処方入力する際は先発品商品名で入力を行ったと推測される。先発品名が類似(ノルバスク錠10mgとノルバデックス錠10mg)、規格はどちらも10mgのため薬品名の誤入力に至ったと考えられる。	処方監査では、当日の処方内容のみでなく、患者既往歴や前回処方内容の確認等で総合的に処方の妥当性を判断する。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	他医で処方されていたノルバスク錠10mgを今回の医療機関で処方されることになった。その際にノルバスク錠10mgでなく誤ってノルバデックス錠10mgで処方されてしまった。	医療機関で薬名を十分に確認せず、類似名称の薬品で処方された。レセコン入力の際に、ノルバと入力すると何剤が例示されると思うが確認が十分でなかったと考えられる。	男性での処方は通常ないため、持参していただいた手帳で確認した。新規薬剤で疑わしい場合は患者に詳しく聞く必要がある。			ノルバデックス錠10mg	ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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>アムロジピン5mgの処方がなくなり タモキシフェン10mg(一般名処方)になっていた男性だったので処方箋受付時に気付き問い合わせアムロジピン10mg(一般名処方)に変更になった</p>	<p>先発品えらんでから一般名処方になっていると思われるノルバスク選んだつもりがノルバデックスになっていたと推定される</p>	<p>先発、後発問わず類似名には気を付けたいし従業員に周知する</p>	<p>タモキシフェン錠10mg「サワイ」</p>	<p>アムロジピンOD錠10mg「ファイザー」</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>
172	<p>A病院より紹介状持参のうえB病院へ転院。A病院で処方されていた薬はB病院にはマスタなく処方できないため、ここで出せる似た薬を出すと話があったそうです。処方せん持参で当薬局へ来局。【般】タダラフィル錠5mg:ZAと【般】ボセンタン錠62.5mgの処方があり、女性にザルティアの処方に疑問を覚えボセンタンの処方から肺高血圧症と考え持参されていたお薬手帳確認したところ、A病院ではオプスミット錠10mg+タダラフィル錠20mg:ADを服用していたことが分かった。疑義照会実施しタダラフィル錠20mg:ADへ変更になった</p>	<p>3文字入力でタダラフィルを入力する際に最後のアルファベット(ZA・AD・CI)まで確認できていなかった可能性。</p>	<p>1文字ずつ入力時・監査時に処方薬を確認する。タダラフィルはZA・AD・CIと3種存在するため先発品が何なのか、適応を考え処方監査実施。</p>	<p>タダラフィル錠5mg ZA「ニプロ」</p>	<p>タダラフィル錠20mg AD「杏林」</p>		<p>タダラフィル製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。</p>

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

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	<p>前回初来局、次回からこの薬を用意してほしいとお薬手帳を持参。グラセプター0.5mg 1mg服用中。次回来局時に間に合うように在庫していたが、来局時の処方箋にはタクロリムスカプセルと記載されていたため、疑義照会で徐放性剤のグラセプターか、通常カプセル剤のタクロリムスカを確認したところ、徐放性グラセプターに処方変更となった。</p>	<p>処方入力の際の選び間違いか。</p>	<p>グラセプターとプログラフの製剤特性の違いと、ジェネリックのタクロリムスは普通製剤(プログラフのジェネリック)であることを周知した。</p>			<p>グラセプターカプセル 1mg</p>	<p>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い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。</p>