

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	処方箋記載は一般名でロフラゼパム エチル錠1mg 2錠 28日分で当薬 局在庫「サワイ」を調剤するところ ロラゼパム錠1mg「サワイ」2錠 28日分を誤って調剤。呼吸器科門 前で風邪患者様が多く来局される中 で、外来持込で複数の向精神薬が大 量に処方される事で焦りが生じたと 推測される。鑑査は入力時に印刷さ れるチェックリストにチェックする 形で鑑査の補助を行い、投薬時に入 力チェックや薬袋チェック等により 再度確認されて投薬するのが本来の 流れ。ピッキングのチェックはされ ていたが、実際には異なる薬が調剤 されていた。向精神薬の棚卸時の数 のズレで判明し、患者様に連絡し服 用前に患家に訪問し交換対応を行っ た。	過去に幾度となく誤調剤が起きてい る製剤で、年に一回ペースで名称類 似品リストで注意喚起しているもの のミスが起こった。薬局勤務者の高 齢化による注意力低下は一因として ある。根本的にはチェックリストに ただチェックするのみで鑑査の意識 が抜けている。	誤って渡したロラゼパム錠1mg 「サワイ」は使用数が少ない為、採 用を無くしワイパックス錠1mgに 変更した。ロラゼパムの後発品メー カーは「サワイ」しか存在しない状 況。現在はいないものの後発医薬品 希望の定期服用患者様が現れる可能 性を考慮しロフラゼパムエチル錠1 mg「サワイ」は「トーワ」に在庫 消尽次第、採用メーカーを変更し採 用メーカーの名称を変える事で目視 のチェックをより判別しやすくする こととした。	ロフラゼパムエチル錠 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	ロラゼパム(0.5)84錠が処方されて いたが10錠のPTPシート調剤時、10 錠シート2枚がロフラゼパムエチル (1)で輪ゴム止めされていた。	鑑査レンジがバーコードを確認して くれることもあり、PTPシートの確 認がおざなりになっていた。	投薬前の写真撮影時にPTPシートを ずらしながら輪ゴム止めてPTP シートの枚数なども後からでも確認 できるようにする。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパムエチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパムエチル 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	
3	ロフラゼブを調剤するべきところを ロラゼパムで調剤	一般名が類似しており、規格も同じ mgであったため。	保管する棚をはなす。棚に注意喚起 のラベルを貼る。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エ チルの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。
4	頓服で処方ロフラゼブでちょうざい するところをロラゼパムで調剤され ていた。	一般名処方に記載。名称の酷似によ るものと考えられる。	薬袋や薬情などに、画像タータを添 付し文字情報だけでなく画像情報を 添付し多面的に判断できるようにし た。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エ チルの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	ロフラゼブ酸1mg「サワイ」とロラ ゼパム1mg「サワイ」を間違えて調 剤した。	名前が似ていて、取扱いメーカーも 同じだった。薬袋に並べるときの確 認が甘かった。	類似名称有のシールを薬棚に貼付。 この事例を科内で周知。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エ チルの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	調剤途中にロフラゼブ酸エチル1mg 「サワイ」の在庫が切れ、補充を 行ったところ誤ってロラゼパム1mg 「サワイ」を補充し、ロフラゼブ酸 エチル1mgとロラゼパム1mg「サワ イ」が混合した状態になってしまっ た。	補充の際に薬品名の確認を怠り、補 充してしまったことが要因と考えら れる。	補充の際に、補充する薬品名と補充 する場所の薬品名が正しいかを指さ し確認をして行う。また、1人で確 認をするのではなく、複数人で確認 をするようにする。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エ チルの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	午前中に来局された患者にロフラゼブ酸エチル錠1mgが処方され、誤ってロラゼパム錠1mgを調剤した。普段から昼過ぎにその日処方された医薬品の数量チェックを行っており、その際にロフラゼブ酸エチル錠1mgとロラゼパム錠1mgの数が合わないことが発覚。処方対象の患者が1人だけであったため、当該患者に連絡をとり、患者宅に薬剤師が訪問しその場で取り違えがあったことを確認した上で正しい医薬品をお渡しした。	午前中で込み合う時間であったことでチェックを急いだことがひとつの要因。また、処方薬の名称の類似や同メーカーの採用品であることからパッケージが類似していることも誤って調剤した要因と推測される。監査に関しては「ロ」で始まり「1mg」と同じ規格の医薬品であることから、間違えやすい状況であったと推測される。	薬局の在庫にある類似名称品をリストアップし注意を促した。医薬品の確認を行うときは細部まで確認するよう注意喚起。その他の薬に関しても習慣化により雑に処理を行わないよう注意喚起し情報共有した。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
8	患者が処方せんを持って来局した。処方箋には一般名でロフラゼブ酸エチル錠1mg1回1錠分1夕食後30日分と記載されていた。ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」を調製するところ誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を調製していたが、2人体制での監査及び投薬前の監査をスルーしそのまま患者に交付されていた。月末の在庫チェック時にそれぞれの数量がずれていることから患者へ電話をしたところ、薬が違っていたことには気づかず2週間服用していたことが判明した。症状の悪化や有害事象は発生していないとのことだった。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」とロラゼパム錠1mg「サワイ」の名前が類似しているため間違えた。また、患者が来局した時間帯は店内が混雑していたため焦りもあった。	保管場所を離すことにし、更に取り違え注意の札を該当薬品の近くに掲示した。また、薬剤情報提供書の写真を変更する等し注意喚起を行った。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
9	ワイパックス0.5mg0.5T処方されており、後発品でのお渡しの為、本来はロラゼパムの所、誤ってロフラゼブで用意してしまった。監査者が誤りに気づいた。	当局ではロフラゼブの半錠はよくあるが、ロラゼパムの半錠は当患者のみとなっており焦って誤ってしまったと思われる。	ロラゼパムとロフラゼブの棚は元々別にしている。今後は半錠にする前にダブルチェックを徹底する。	ワイパックス錠 0.5	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
10	一般名処方でロフラゼブ酸エチル錠 1mg 処方。「サワイ」の在庫ありピックアップするべきところを誤ってロラゼパム錠 1mg「サワイ」をピックアップしてしまった。調剤者とは別の薬剤師が監査し、投薬者はまた別の薬剤師であったが全員見逃してしまった。翌日の向精神薬棚卸でミス発覚。患者様に連絡し交換対応実施。	名称類似しており採用メーカーが2剤とも「サワイ」であった。別メーカー採用であったが出荷調整により納入できなく代替品としてロフラゼブ「サワイ」を採用していた。ロラゼパムはGEメーカー「サワイ」のみ。チェック時は薬品名、規格、メーカーの3つを確認していたが規格とメーカーは同一のため薬品名の確認が重要になるが、見たつもりになっていたと思われる。	採用メーカーまで同じであったことから間違えやすい状況になっていたと思われる。ロフラゼブのメーカー変更が望ましいが出荷調整によるメーカー変更の経緯があったので即時対応は困難と判断。ロラゼパムは当事者のみの使用で自己負担なしの方だったため、当面ロラゼパムの採用を中止し先発ワイパックスで対応とした。また、全従業員に対しBDZ薬の作用時間の違いなど薬効の違いについて再度確認指導、間違えやすい医薬品名称リストを確認してもらった。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
11	2回目のご来局。「引っ越してきた関係で今回から転院。とりあえず初回の受診は前回の病院と同じ薬を出しておくと言われました。お薬手帳を見て先生が全く同じ薬を処方してくれたはずです。」とお話あり。処方箋とお薬手帳を見比べたところ、ロフラゼブ酸1mgがロラゼパム1mgに変更となっていた。患者様に確認したところ変更の話は聞いていないと返答あり。疑義照会にて確認したところ、処方ミスでロフラゼブ酸に変更となった。	一般名処方であったので名前が類似しており、入力間違いに繋がったのではないかと思います。	患者様と医師がお話した内容や患者様の背景をしっかりと把握する事が大切であると改めて感じました。			ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」ロラゼパム錠 1mg「サワイ」	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。
12	ロラゼパム処方のところロフラゼブ酸エチルを調剤投薬時に気付き修正した。	調剤棚の隣に配置されており、名称、外観が類似するため取り違えを生じた。繁忙であったことも一因と思われる。	調剤棚の配置を変更した。	ロラゼパム錠 0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
13	【正】ロフラゼブ酸エチル 1mg 【誤】ロラゼパム錠 1mg で交付服用前に患者様が気が付いたことですべて回収、交換を実施ができ、内服には至らなかった。	他の業務と並行して調剤監査を実施しており、業務へ集中できていなかった。 鑑査システムにてはじかれたものを投薬。→はじかれる薬品があるためその時も強制的にアラートを解除した。	鑑査システムではじかれたものを積極的に登録していきヒューマンエラーを減らす取り組みを実施する。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
14	ロフラゼパ酸エチル0.5錠1日1回朝食後の処方で半錠加工して分包の調剤の所、ロラゼパム錠0.5mgを0.5錠に加工して分包されていた。投薬前にロラゼパム錠0.5mgのPTPの残骸に気づき誤りが発覚	思い込み	半錠加工する前に監査する。加工後にPTPの残骸をのこして監査者に提示する。調剤した薬剤を書面に書き残す。	ロフラゼパ酸エチル錠1 m g 「サワイ」	ロラゼパム錠0. 5 m g 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼ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。
15	メイラックス1 m g で処方されており後発希望の為、ロフラゼパ1 m g を調剤しようとしたところ名称類似薬のロラゼパムで調剤していた。	タ方の混み合う時間に急いで調剤していた為取り違えてしまった。	薬品の引き出しに、類似薬品ありと注意喚起の札を設置し、事例の共有を行うことで再発防止に努める。	メイラックス錠1 m g	ロラゼパム錠1 m g 「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。
16	ロラゼパム0.5mg錠が処方されているところ、ロフラゼパ1mgで調剤、監査。投薬時に患者家族が外観の違いに気がつき発覚。	繁忙であり、調剤者事務員1人しかいない状況であった。	類似品ありの注意喚起の札を箱に貼る。箱の位置を離す。	ロラゼパム錠0. 5 m g 「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1 m g 「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。
17	スピオルトレスピマット60吸入のところ、スピリーバレスピマット60吸入を渡してしまった。	多忙であり、1人で集薬し、投薬してしまった。確認不足。	集薬する者、投薬する薬剤師。多忙であっても、1人では行わない。投薬時、患者様と薬の確認を1つずつ行う。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2. 5 μ g レスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入を継続して使用している患者が来局し、前回もらった吸入薬がいつもより早めになくなり、今まで使っていた吸入薬と色がちがっていたと言われた。前回渡した使用済みの吸入薬を持参されたため、確認したところ、スピオルトレスピマット28吸入を渡していたことが分かった。患者に有害事象等の発現がなかったかを確認し、処方医に状況を報告した。	いつも来られている患者であり、いつもの薬を出したつもりで、吸入のセットをして渡したため、薬剤の確認が不十分であった。	保管場所を離す、それぞれの棚に「取り換え注意」等の印字をし、間違え防止の強化を行う。	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット28吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	吸入薬の取り換えスピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットで名前がよく似ていたので、「スピ」「レスピマット」思い込んだ。	思い込みで調剤しないように処方せんを注意深く見る。	監査時に処方せんの内容を指差し確認する。今回のようなよく似た名前で誤調剤の発生数の多い事例を勉強会で取り上げて欲しい。あるいは注意喚起一覧表として配布して欲しい。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
20	スピリーバレスピマット60のところ誤ってスピオルトレスピマット60を調剤し投薬	薬品名の類似吸入器具が同じ形の為、誤って調剤投与してしまった。投薬後の薬剤在庫数の違いにより発見、交換	薬品名を最後までしっかり確認後調剤すること。	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取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	
21	スピオルトレスピマット60吸入が処方されていたが、スピリーバレスピマット60吸入が調剤されていることに鑑査時に薬剤師が気がついた。	両薬剤共に不足薬として発注、同日に納品されたが、取り違えて調剤してしまった。どちらも吸入薬で、名称も類似しているため、「吸入薬の不足品が届いた」という認識でよく確認せずに調剤してしまった可能性がある。	医薬品名は初めの数文字で認識するのではなく、きちんと規格や剤形まで確認して調剤することを徹底する。特に不足薬が生じた際などイレギュラーな対応時はより注意する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリー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。
22	スピリーバを調剤するところスピオルトを誤調剤。患者本人へ渡り2週間の使用となった。有害事象発生とはならなかった。発見後、本人家族へ説明、謝罪をしスピリーバをお渡しとした。スピオルトは薬局回収。主治医へ説明了解済み。	他にスピオルトを使用している患者の処方あり。	ダブルチェック、トリプルチェックをする。保管場所を離す。落ちついて調剤、監査を行い、投薬時も再確認する。	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット28吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
23	スピオルトレスピマットの処方のところ誤ってスピリーバレスピマットをピッキング、監査時に発覚してすぐに変更	それぞれの商品の外箱が類似していたため誤ってピッキングした可能性があり。また朝の混雑の時間帯だったため十分な確認を怠った。	類似商品のため、それぞれの配置場所の変更と、商品棚類似品アリとメモを貼り付け。混雑時間帯でも、必ず落ち着いたピッキング、監査を心掛けるように全薬剤師に通達しました。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5 μ gレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
24	花粉症患者への処方で、ペボタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されていたが、誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠6mgをピッキングしてしまった。投薬前監査で誤りを発見。	薬剤棚には、薬剤が50音順に並んでいるため、2剤は並んでいた。事例が発生時、待合の患者数が多く薬局内が込み合っていた。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mgの棚にシールを貼って、2剤の違いが判るようにした。他の名称が似た薬剤に対しても同様の対策を行う予定。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
25	一般名の類似による取り間違い。	ゆっくり的確にピッキング、m g で確認すれば確実。	繁忙時間による勘違い、忙しいときほど確認するように。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「T C K」	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナペ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
26	患者様よりいつも飲んでる薬とは異なると連絡を受ける。レセコン在庫と実在庫が異なることが判明。患者様は既に2錠服用していたが、体調変化はなし。すぐに謝罪し薬品を交換する。	名称類似薬品のため、取り間違えた。そして監査者も見間違えた。	今後、名称類似薬品は、きちんと最後の文字まで確認し調剤・監査を行う。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「トーワ」	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナペ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	ペボタスチンの処方があったが調剤する際にベタヒスチンメシルをピックアップしてしまった監査の時に薬剤師が誤りが付き投薬前に誤りは回避されたこの為健康被害は発生しなかった。	成分名が類似しているため慣れもあり誤りがあった。	類似する薬品名には注意するように黄色い付箋を付ける様にした。	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナペ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「日医工 P」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
28	類似医薬品の入力間違い。	名称が似ている。	注意勧告	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「トーワ」	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	処方箋、ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g、交付薬ベポタスチンベシル塩錠酸と間違い、患者さんより連絡あり、即取り換え訪問を実施	繁忙時間であり、調整者、交付者ともにチェックができていない為。	打ち合わせ会で事例を話し、繁忙時間でも、簡単な処方でも2人のチェックの徹底	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「T S U」	ベポタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「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	発熱外来の処方箋を受付。入力は処方箋通りに行われた。最初に処方を鑑査した薬剤師は他店舗より初めて来ていた。常勤の薬剤師が、風邪薬にベタヒスチンメシルが出ていることと用法が1日2回であったため病院側の入力間違いを疑い、疑義照会を行った。ベポタスチンベシル塩錠 10m g 「タナベ」へ変更となった。	前鑑査した薬剤師は他店舗から初めて来ており、繁忙時であったせいもあり処方箋を読んだとき間違いに気が付かなかった。入力者は当薬局に長いがバーコードリーダー入力が多いこともあり、あまり薬剤の用法などに知識がない。常勤薬剤師は処方に慣れているためすぐ、おかしいことに気が付いた。	入力と前鑑査の段階ではスルーしたが、ピッキングで気が付いたと思われる。ただ新人などスタッフの入れ替わりがあると動線や精神状態の変化なども考えられる。ミスについては必ずスタッフで共有する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 1 2 m g 「C E O」	ベポタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「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。
31	ベタヒスチンが処方されたがベポタスチンをピッキングした。	名前が似ていた。	注意喚起の札を付けた。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩 O D 錠 1 0 m g 「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。
32	投薬後、数日経過してからいつもと違う薬が入っていると患者さんから電話がありました。夜だったので次の日の朝に交換に患家に伺いました。	名称が似ていることによるとり間違えと投薬をしてしまいました。	再度、ピッキングと鑑査は別のものが行う。鑑査時には処方箋をよく確認することを徹底したいと思います。	ベタヒスチンメシル酸塩 6mg 「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩 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。

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	
33	一般名処方でペボタスチン錠が処方、計数調剤時にペタヒスチン錠を調剤	以前にペタヒスチン錠が処方された患者で、薬歴も確認したが、ペボタスチンのところペタヒスチン調剤。監査時に他薬剤師が気づき、交換及び当事者に注意する。	類似名称として注意喚起する。今年度より電子薬歴導入予定。チェックできるよう設定する。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	一般名処方でペタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方された。調整者は誤ってペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調剤。監査者は間違いに気づきペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トール」を調剤し直し、患者に交付した。	名称類似品をよく確認しないまま調整した。	名称類似品の取り違えを注意喚起するため、薬品棚に「名称類似品あり」の札をつけた。	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トール」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
35	ペボタスチンを渡すところを誤ってペタヒスチンを渡す。	薬品名が類似しているため気づかなかった可能性がある。	薬品棚の位置を離すダブルチェックの徹底を行う。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トール」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
36	平素より来局している患者様。今回ペボタスチン10mg3錠分3毎食後の処方箋をお持ちになった。ペボタスチンは用法が1日2回であること、患者様に症状確認したところめまいの症状で診てもらったとのため、ペタヒスチンの間違いではないかと思い、医師に疑義照会。ペタヒスチン6mg3錠分3の間違いであることが判明した。	名前が似ているため、処方箋への記載を間違えたと考える。	用法、用量があっているか、患者様への受診理由を確認して処方内容を確認する。名前の似たような薬は間違えやすいという意識を持ち、監査、投薬を行う。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
37	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方されていたにもかかわらず、入力がペボタスチンベシル酸塩錠10mgになっていた。処方内容と準備した薬のみ監査して、薬情など入力内容をチェックせずに投薬してしまった。	薬情に記載されている薬の名前を確認せずに投薬してしまった。	類似名のものをリストアップ。今回の事例を全スタッフに報告。投薬前の監査の徹底	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	2/19に薬を取り違えて投薬。3月に投薬した際に、患者本人から、薬が違うと指摘され、取り違えたことが発覚。幸い、効きが悪いので、すぐ飲まなくなったとのことで、ことなきを得た。	品名の頭が類似しており、薬棚の並びも並んでいたので取り違えてしまったのかも。監査も忙しさにかまけて、怠慢となってしまった。	監査表のチェックを一字一句気を付けること。棚の配置をずらした。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	医薬品の名称類似による取り間違い。	比較的、余裕のある時間でやや注意 力不足を招いたか。	鑑査システムやダブルチェックで対 応できている。	ペボタスチンベシル酸 塩OD錠5mg「サワ イ」	ベタヒスチンメシル酸 塩錠12mg「日医工 P」		ペボタスチンベシル酸塩とベ タヒスチンメシル酸塩の一般 名類似については、薬剤取違 え事例等が複数報告されてい ることから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実施し ているところである。
40	(般)ペボタスチンベシル酸塩錠10mg の処方だったが、ベタヒスチンメシ ル酸塩錠6mgを出してしまった。在 庫確認の際に気づき、患者様に電話 をして、間違えてお渡ししているこ とも確認。今回処方分は1錠も飲んで おらず、翌日にすべて交換した。	名称類似、ヒートデザインも青色の 文字印字も似ており、慣れによる確 認不足であった。薬の並びもずらし ていたが、思い込みによるピックン グ、監査となってしまった。	類似名称には、いつも以上に細部ま での確認を行う。	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「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 え事例等が複数報告されてい ることから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実施し ているところである。
41	患者はベタヒスチンが欲しかったが 処方箋にはペボタスチンと記載あり 投薬時に患者に話を聞くと話が相違 するため処方医に確認するとベタヒ スチンの間違えとのこと。	名前が似ている商品なので、入力間 違いをした可能性あり。	投薬時に患者さんとのコミュニケー ションを大切に、受診時と話が 相違していないか確認する。	ベタヒスチンメシル酸 塩錠6mg「トーワ」	ペボタスチンベシル酸 塩錠5mg「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベ タヒスチンメシル酸塩の一般 名類似については、薬剤取違 え事例等が複数報告されてい ることから、製造販売業者は 医療機関へ注意喚起を実施し ているところである。
42	処方箋で薬剤名を見てピックアップを し、取り違いが生じた。別薬剤師の 監査にて、投薬前に気が付き、誤投 薬は未然に防いだ。	要因は、繁忙期で薬剤名も似てお り、棚も隣だったことがあげられ る。	棚の位置を離し、今回の事例を薬局 スタッフに周知し、ピックアップ時の 声掛け、ピックアップ、入力者、投薬 者の3人での確認を徹底する。	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OD錠10mg「タ ナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベ タヒスチンメシル酸塩の一般 名類似については、薬剤取違 え事例等が複数報告されてい ることから、製造販売業者は 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	
43	処方箋の内容がベタヒスチンメシル6 m g「日医工P」1日3錠分3毎食後28日分と記載されていた。薬剤師Aはベタヒスチン6m gを調製するところを誤ってペボタスチン10m gを調製し、監査に回した。監査した薬剤師Bが処方薬のベタヒスチンメシル6m gではなく、ペボタスチン10m gが調製されていることに気づき調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。また、同じ処方箋の中にレボセチリジン5m gが含まれており、なぜ抗アレルギー剤が2種類も調製してるのか疑問に思った。薬剤師Aはベタヒスチン6m gを正しく調製し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	花粉症のシーズンで抗アレルギー剤の処方も多く、名称が似ていたので間違えてしまった。また繁忙期の為に忙しく焦りがあった。	業務手順を見直し調剤者が取りそえた後に監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。抗アレルギー剤などの分類に分けられる薬剤を固めて薬効が異なる薬をピックアップした時に間違いに気づきやすい配置に組み替えた。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g「日医工P」	ペボタスチンベシル酸塩錠 10 m g「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	ペボタスチン処方のところ、ベタヒスチンで調剤。監査時に気づく。	m g数にも注意し、調剤する。	商品名、mg数に注意し、調剤する。	ペボタスチンベシル酸塩錠 5 m g「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g「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	
45	処方せん入力時受付にある処方せんをみてはじめ調剤していたので見誤ったこと	名前がにているので間違い勝ちかもしれません。慌てていたり忙しいことを理由に出来ませんが間違えが余計に患者さんにお出しする時間が遅くなると思って丁寧に調剤することも大事かと思いました。	よく名前が似ているのでよく似てる名前を書きだして注意するようにおさらいをしました。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「日医工 P」	ペボタスチンベシル酸塩 O D 錠 1 0 m g 「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
46	類似名称の薬をとりちがえたが、交付前に監査の薬剤師が気づいた。	類似名あるので、棚に、アレルギー、めまい、と効能も貼ってあったが、慣れてきて景色のように意識しなくなっていた。ミリ数の確認もできていなかった。	違いやすい薬について定期的にスタッフ全員で見直し再確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「トーワ」	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
47	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「C E O」が処方されたが誤ってペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナベ」を調剤した。調剤と監査は別の薬剤師が行ったが見逃してしまい、数日後患者が薬袋を開けて気が付かれた。	調剤も監査も薬剤名称を最後まで確認していなかった。	薬剤の名称は最後まで読む。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「C E O」	ペボタスチンベシル酸塩錠 5 m g 「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
48	ベタヒスチンの処方であったが誤ってペボタスチンで調剤。監査の段階で間違いに気づき再度正しいもので調剤	医薬品があいうえお順で並んでおり、ベタヒスチンとペボタスチンが前後で並んでいたため取り違えた。	目立つように注意喚起を書いた紙などを貼るようにする。	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 m g 「日医工 P」	ペボタスチンベシル酸塩 O D 錠 1 0 m g 「タナベ」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	エクセラーゼを処方したかったようだが実際には処方箋には【般】ゾニサミド(先発:エクセグラン)で処方されていた。鑑査時に違和感を感じていたが投薬時に確認で良いと判断しそのまま通した。後日薬局し投薬者が別だったため聞き取りが不十分だった場合はそのまま誤った薬が渡っていた可能性がある。	薬局要因:消化器科からの処方では違和感を感じつつも予め疑義照会をしなかったこと。何を出そうとしていたのか連想できなかったこと。医師要因:エクセと入力しエクセラーゼを選ぼうとしたが誤った物を選んだ可能性大。しかしその場合はエクセグランを選択した場合に自動で一般名処方に記載されなければ不自然。	違和感を感じた時点で疑義照会、又は照会待ちにするべきである。			エクセラーゼ配合錠 エクセグラン錠100mg	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。
50	小児へのアレロックの処方のところ降圧剤であるアテレックを調剤した。	アレロック錠とアテレック錠の名称酷似に起因する薬剤の取り違えた。	錠剤監査機器の100%使用を行うこと。	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。
51	高血圧患者に対してアテレック錠5mgで処方があったが、誤ってアレロック錠5mgで調剤してしまった。監査の段階で別の薬剤師が誤調剤に気付き、正しい薬剤を調剤して交付した。	花粉症のシーズンになりアレルギー薬の処方が増えていた中で、アテレック錠5mgの処方を見て思い込みでアレロック錠5mgで調剤してしまった。名称が類似しており、同じ5mgという規格であったため、思い込みによる調剤が行われてしまった。	思い込みで業務を実行するのではなく、必ず処方箋に基づいて調剤を行う。	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。
52	アレロック錠を投薬すべきところ、アテレックを投薬しそうになった。	どちらも今まで後発品を多く投薬していたが、後発品不足により両剤を投薬する機会が増えた。以前から気にかけていた類似名だが、後発品投薬により最近注意を怠っていた。	後発品不足により先発品を投薬するケースが増え、再度先発名の類似薬品を復習	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	
53	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはアテレック10mg1日1錠お昼服用14日と記載されていたが薬剤師A（職歴経験数年）はアテレック10mgを調整するところ誤ってアレロック5mgを調整し監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが処方薬のアテレックではなくアレロック5mgが調整されていることにきずき調整した薬剤師に間違いを伝えた。薬剤師Aはアテレック10mgを正しく調整し、再度薬剤師Bがした。監査で誤りにきずいたため患者には正しい薬を交付した。	名称が似ていたため間違えた。店内が混んでいたための焦りがあった。	監査に渡す前に二重チェックを徹底するよう注意喚起した。	アテレック錠10	アレロック錠5		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	テグレトール100を調剤するところテオドール100を調剤してしまい患者さんからの連絡で発覚。交換してお詫びをした。	テグレトールとテオドールが棚の下になっており、どちらも名前が似ていてあまり頻繁に動かない薬であったため取り間違いが起きたと考えられる。またテグレトールは最近処方が出るようになり普段使っていなかった薬のため思い込みもあったとおもわれる。	類似名称の棚の配置をすべて点検。名称が類似している物に関しては片方の薬剤を棚をまったく別に移動	テグレトール錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレトールの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
55	錠剤一包化の患者。処方せん記載のテオドール錠100mgを調剤者がテグレート錠100mgをピックアップ。一包化前の監査で薬剤師が取り間違いに気づかずそのまま一包化の作業に回す。さらに別の一包化担当者が取り違えに気付かず一包化作業を行う。一包化後の監査で別の薬剤師が過誤に気付く。テオドール錠100mgをピックアップしなおして、分包中のテグレート錠100mgと入れ替え作業を行ったあと与薬した。	一包化前の監査において薬剤師に慢心があった。「テ」「ール錠100mg」の部分が名称同一のため確認を怠った。	処方せん記載の名称と調剤薬剤を比べる際、指差し確認などで名称一致を確認する必要がある。	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。
56	足のふわつきでテグレート錠100mgを服用中の患者さん。間違えてテオドール100mgを渡しそうになる。投薬時、薬情とPTPシートの色が異なることに気づき、交換した。	名前がよく似たものに対する意識の不足	再度間違えそうな商品名は確認	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	テグレート錠200mgで調剤すべきところ、テオドール錠200mgで調剤した。交付前に気づいて、正しいものをお渡しした。	テグレート錠200mgが薬局で調剤する頻度が極端に少ない薬で、テオドール錠200mgはジェネリックのテオフィリン徐放錠200mgの供給が悪く、最近採用した医薬品であることから、規格先読みをして調剤にあたったが、名称・規格類似ということで、誤った医薬品を調剤したと考える。	新人スタッフも入るので、規格先読み、発声、指差し確認の徹底を再確認。できる限り思い込みを排除して調剤にあたるように意識する。	テグレート錠200mg	テオドール錠200mg		テオドールとテグレートの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	患者様処方箋を持ってご来局。継続薬のうちカナリア配合錠がカナグル錠へ処方変更。入力時誤って前回と同一のカナリア配合錠で入力。調剤時に発覚し正しく調剤。交付。	医薬品の名称類似。入力者の不注意、繁忙	入力時、医薬品の名称、規格、剤形に気を付ける。調剤時、薬剤交付時は処方箋をもとに行う。	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。
59	カナリア配合錠の処方を間違えてカナグル錠を調剤。監査時に間違いに気づいた。	定期でカナグル錠が処方されていて、その患者の服用薬剤を記憶していた。そのため処方箋をしっかりと確認せず、短時間見ただけで薬剤の変更がないと思い込んでしまった。	名称類似の薬剤、特に配合錠は似ていることがあるので注意して調剤する。	カナグル錠 100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
60	フランドル錠20mgの処方あり、後発に変換した際、硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤するところ、一硝酸イソソルビド錠「サワイ」を調剤。入力は硝酸イソソルビドだったが、監査者は気付かずそのまま投薬してしまった。後日、別の薬剤師が気付き本人と医療機関に連絡し、正しいものと交換した。幸い健康被害等はなかった。	先発から後発への変換間違い。知識不足。監査時に入力と薬品を照らし合わせて確認できていなかった。	監査システムを導入。該当薬品に注意喚起のテープ貼付。	フランドル錠 20mg	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	定期で投薬している薬剤以外時折当薬局にて投薬をしている状況。しかもピッキングを事務職員が実施、監査投薬を薬剤師のみで実施された。当該薬剤師は出産後復帰してそれほど時間が経過しておらず今回の患者さんに対応する機会が少なかった。	共に経験上不慣れな所があった。	採用薬剤の名称類似品が多数存在することを再度教育実施	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。

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	
62	平素より硝酸イソソルビド徐放錠20 m g「サワイ」を服薬中（【般】硝酸イソソルビド徐放錠20m gで処方）今回、医師から他院へ紹介【般】一硝酸イソソルビド錠20m gで処方されたが、変更なしと思い込みピッキング監査時に変更気づき主治医へ確認後一硝酸イソソルビド20m g「サワイ」でお渡し	他院へ紹介され主治医が変わったことに伴い、他剤にも変更があった一般名処方で、一硝酸イソソルビド20 m gを前回Doと思い込んだGW前で薬局が繁忙で、焦りがあった。	薬の引き出しに注意喚起の印をつける事務スタッフも含め薬局内で一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドは他剤であることを周知する。	一硝酸イソソルビド錠20 m g「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20 m g「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。
63	一硝酸イソソルビド錠20m gが処方されている患者様に、硝酸イソソルビド徐放錠20m gを間違えて調剤交付していました。間違いが判明して患者様に連絡をとり、未だ服薬されていない87錠を、正しい一硝酸イソソルビド錠20m gと交換いたしました。1か月ほど誤った薬を服用されていた為、患者様にご了承を頂いて処方医に連絡しました。	名称が酷似していた事と、監査した薬剤師が両薬剤の違いを認識できていなかった為です。	薬局内のスタッフに周知徹底し、関係機関にもインシデントレポートを提出しました。	一硝酸イソソルビド錠20 m g「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20 m g「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。
64	硝酸イソソルビド徐放錠のところ間違っ一硝酸イソソルビド錠を調剤し14日間服用服用してしまっていた。次の来局時に硝酸イソソルビドは在庫がないので前回どうしたか調べたところ過誤が発覚	一硝酸イソソルビドは自店では良く動く薬で思い込んでしまった。	一硝酸イソソルビドの薬品カセットに「硝酸イソソルビドも在庫あります。注意」の付箋を貼付	硝酸イソソルビド徐放錠20 m g「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20 m g「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。
65	ルバフィンで調剤するところを、ルセフィを取り出してしまった。監査もそのまま通ってしまい、患者への投薬の際に患者が気づき発覚	ルセフィの棚の隣に、ルバフィンを配置していた。頭文字が「ル」で同じことと、処方内容が前回と変更ないDo処方だったため慢心してしまい誤って調剤してしまったことが考えられる。	今回の事例を周知し注意喚起を行う。ルセフィ・ルバフィンの棚にとり間違い注意の注意喚起の札を設置する。	ルバフィン錠10 m g	ルセフィ錠2.5 m g		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
66	処方箋の入力時、ほかの作業中に処理を依頼。その前の作業時に花粉症のルバフィンの入力をした直後だったためルセフィを入力するべきところルバフィンの入力になってしまった。その後、薬剤師の指摘で投薬前に気づいた。	繁忙時であったこと。急いでその処方箋の入力すると言われたことがかさなってしまった。たまたま似たような薬剤の入力ミスが発生してしまった。	事務員が繁忙時出会ったため焦って入力ミスをしてしまった。どんな状況であっても焦らず入力するよう指導と似たような薬剤は再確認するよう指導した。同時に薬剤師への徹底も行った。	ルセフィ錠2. 5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
67	処方箋を確認し薬剤を取りそろえる薬剤師がルセフィ錠2. 5mgを間違えてルバフィン錠10mgを取り間違えた。	花粉症のシーズンでもありアレルギー性疾患治療剤が多く出ていたこととルセフィ錠2. 5mgについても薬剤に関する知識が不足していた。	薬剤を取りそろえる薬剤師は急いでいる場合でも薬品名の最後のmgまで必ず確認して取りそろえた後、再度確認する。	ルセフィ錠2. 5mg	ルバフィン錠10mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
68	他の病院へ入院のため当薬局で調剤した薬持参した際、処方されたはずの薬と違う薬が入っていると連絡あり。入院中の薬はその病院から処方してくれるとのことで、退院後、患者宅を訪問し謝罪して薬を回収。つくりなおしてお渡ししました。	忙しい日で約3年休職していた薬剤師に分包機の使い方など指導しながらの調剤で確認が甘かった。	自動分包機で手まきの薬のヒートは処分せず、必ずカゴと一緒に入れ投薬時確認する様、他の職員とも共有	ルバフィン錠10mg	ルセフィ錠5mg		ルセフィとルバフィンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
69	アロチノロール錠10mgの処方に対して、誤ってアロプリノール錠100mg「TCK」を集薬しており、鑑査時に誤りに気付いた。	類似医薬品名の取違。集薬時の「薬剤名」「規格」の処方箋との再確認が漏れている。	集薬時の「薬剤名」「規格」の。実物と処方箋との再確認の徹底	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「TCK」		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	
70	アロチノロールとアロプリノールの取り間違い	間違いはいけないと思っていたが反対を取ってしまった。	調剤ケースを色分けした。	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。
71	一般名処方にてヤーズフレックスが。該当患者は後発品を希望。処方通り一般名を入力した所、ドロエチ配合錠が候補となる。投薬前の最終監査にてドロエチとヤーズフレックスの違いを発見。処方にプラセボの記載が無いのでドロエチではなくヤーズフレックスのみが該当する事が分かり、患者に今までの服用している商品名を確認した所やはりヤーズフレックスだった。	婦人科領域の薬剤に関する知識不足。一般名処方入力によるドロエチとヤーズフレックスの判別の難しさ	再度、婦人科領域の薬剤の特徴を見直し勉強会の開催も予定。またヤーズフレックスとドロエチの混同に注意するように医療事務、勤務薬剤師に伝える。	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。
72	継続してヤーズフレックス配合錠が処方されている患者。今回からヤーズ配合錠へ処方変更になっていたが変更に気が付かず、投薬時に患者より指摘を受けて判明した。処方是一般名「ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠・プラセボ錠」と記載であったが、プラセボの記載に気が付かずに、ヤーズフレックス配合錠を調剤してしまった。	一般名がプラセボの記載有無の違いのみであり、これまで継続してヤーズフレックス配合錠を服用していた患者であったことから、今回も継続処方と思いこみがあった。	以前にもヒヤリハット事例としては報告されている内容であったため、事例薬局内で共有していれば防ぐことが可能であったと思われる。今回の事例を機に、ヒヤリハット共有すべき事例をファイリングし事務員、薬剤師ともに閲覧できるようにした。	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。

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	
73	ヤーズとヤーズフレックスは一般名同じ→ジェネリック希望の方の代替え間違い。	ヤーズ→ドロエチの代替えという処方が多いヤーズフレックスに関しては処方例少ないので、定期的に確認しあいます。	ヤーズフレックスに関してはジェネリックの発売が無い旨、薬局全体で周知徹底	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。
74	マイスリーを処方されるはずがマイスタンが処方された。	規格が同じ10mgで名前もよく似ていたためクリニックで処方箋を出すときに間違えてたのを、患者ノインタビューから疑いを持ち疑義照会した。	マイスタンは難治性のもので患者の既往歴を必ず確認	マイスリー10mg	マイスタン10mg錠		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。
75	患者が「最近寝つきが悪い。」と内科Drに相談Drは眠剤としてマイスリー錠5mg処方したつもりがマイスタン錠5mg1錠1日1回起床時10日分で処方他定期薬の処方35日分	前回投薬時に患者からの聞き取りで「めまいがする。」と問診10日分で起床時であることから処方間違いではなく脳外科へ受診するまでのつなぎだろうと思い込み投薬薬剤交付前に患者様とお話の中で眩暈はすでに改善しており眠れないことを相談したとのことでマイスリー錠5mgの処方と間違えたのではないかと思い病院へ確認すると処方間違いであることがわかった。	推測だけで調剤、投薬することは控え、必ず処方医の意図している薬剤と患者の訴えが合っているか確認する。	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。
76	処方箋受付時、問診をしたところ、眠剤の変更があったことを伺い、マイスタンではおかしいと思い疑義をかけた。	商品名が類似していることで起こったミス	患者への問診、ピッキングの鑑査とチェックを重ねることでお互いのミスを未然に防ぐように努める。	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。

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	
77	名称類似薬品の処方間違い。調剤者は見逃したが監査者がお薬手帳等で発見。マイスタン錠5m gとマイスリー錠5m gの処方間違い。	マイスリー錠5m gの処方が頓服・就寝前以外ですることあり。処方鑑査不足で調剤したがお薬手帳でマイスタン錠5m gの服用歴を書確認。疑義照会で処方間違いと判明。正しいお薬をお渡しできました。	勤務者の慣れ、慢心あり。初めての患者では必ずお薬手帳を確認してから処方鑑査・調剤することにした。			マイスタン錠 5 m g	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
78	ノルバデックスを間違えてノルバスクをとってしまった。	頭文字3文字までしかみてなかった。	すべての文字を見る。	ノルバデックス錠 1 0 m g	ノルバスク錠 1 0 m g		ノルバデックスとノルバスクの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	デュタステリドカプセル0.5m g 1AVcup1×朝食後処方。皮膚科のDrからの自費処方箋かつ皮膚科での処方に疑問を持ち疑義照会を行った。今回AGA治療であるためデュタステリドカプセル0.5m g ZAを処方する予定が誤ってデュタステリドカプセル0.5m g AVで処方してしまったとの返答あり。デュタステリドカプセル0.5m g ZA1cup1×朝食後へ変更指示確認し調剤を行った。	電子カルテでの処方入力の際、薬剤名の入力で出てくる薬剤候補の選択間違いによるものと考えられる。	今回は皮膚科のDrからの処方であったためデュタステリドカプセル0.5m g 錠AVでは適応症が異なると発覚した。処方内容と適応症が適切であるか確認し、調剤監査を行うよう取り組む。	デュタステリド錠0.5m g Z A「トール」	デュタステリドカプセル0.5m g A V「トール」		デュタステリド製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	自費の処方箋にもかかわらず、適用がない医薬品で交付している。デュタステリドZA0.5m gで交付すべきところをデュタステリドA V 0.5m gで交付している。	明らかな知識不足	自費であることや処方箋の再チェックが必要と判断する。	デュタステリドカプセル0.5m g Z A「トール」	デュタステリドカプセル0.5m g A V「トール」		デュタステリド製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
81	門前透析科の患者だが、臨時でアスペノンカプセル10m g 3P分 3 毎食後7日分のみの処方であった。アスペノンカプセルが当該医療機関から処方されるのは初めてで専門外の薬であったが、別の医療機関からの指示処方だろうと思い込んで調剤した。透析科の患者には直接薬を患者に渡さずに、医療機関のスタッフに薬を預けるスタイルのために患者本人に服薬指導が出来なかった。薬を透析科スタッフに渡した後に、透析科からアスペノンカプセルの処方意図ではなく、鎮咳剤のアスベリン錠20m g 3錠分 3 毎食後7日分の処方が正しいので作り直してほしいと来局されて作り直した。	普段処方されない薬が処方されて違和感を感じたが、上記と思い込んでそのまま調剤した。透析科の患者は直接服薬指導できないので、普段処方されない薬が処方された場合は念のために疑義照会で処方薬が正しいのか？確認するべきだったと思われる。	普段処方されない薬が処方されて違和感を感じたが、上記と思い込んでそのまま調剤した。透析科の患者は直接服薬指導できないので、普段処方されない薬が処方された場合は念のために疑義照会で処方薬が正しいのか？確認するべきだったと思われる。			アスペノンカプセル 10	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。
82	今までアダラートCR錠10mg1錠服用していた患者さんに今回アダラートCR錠10mgが0.5に減量になった。アダラートCR錠は剤型上半分に出来ない錠剤なので処方医に照会してアムロジピン錠2.5m g 0.5錠に変更になった。	処方医がアダラートCR錠が三層構造で半分に割れないことを知らなかった。	1回0.5錠服用の指示があれば半割できるかどうか確認する。			アダラート C R 錠 10 m g	アダラートCR錠（徐放性製剤）については、分割、粉碎による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
83	定期的にロフラゼプ1mgを服用されている患者さん、本日の処方でロラゼパム1mgが処方されていたため本人に確認したところかわっていないとのこと。疑義照会により確認したらロラゼパム1mgの間違いであったため処方変更となった。	処方元の医療機関の医療事務が不慣れなため名称類似に気が付かず、処方箋発行時の入力ミスが原因と思われる。	処方監査時薬歴とご本人に確認することで防げる事例と思われる。	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。
84	今回新たにスピオルトレスピマット60吸入が処方になった患者についてピッキング時に前回処方内容を薬歴で確認。1か月ほど前にフルティフォーム125エアゾール120吸入用2瓶の処方あり。患者の手持ちに残薬がある場合、門前医院では抗コリン薬単剤吸入が追加される場合が多いため、今回処方された薬剤について併用か変更かを患者に確認したところ併用の指示あり。スピオルトは抗コリン薬とβ ₂ 刺激薬の2成分の吸入薬であり、β ₂ 刺激効果がフルティフォームと重複してしまうため疑義照会を行った。抗コリン薬単剤のスピリーバレスピマット60吸入に変更となった。	名称が類似しておりデバイスが同じ為、薬剤入力時に誤った可能性が考えられる。	銘柄名称類似薬の含有成分の周知。患者から聞き取りの徹底。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	
85	めまいの症状で医院を受診ベポタスチン10mgが処方ベタヒスチン6mgの間違いを疑い疑義照会をしベタヒスチン6mgへ変更となる。	薬品名が類似しているため処方入力ミス	症状と薬効が訂正かききとり監査を今後もしていく。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		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。
86	患者は一包化に時間がかかることを見越して処方箋を置いて外出した。処方箋を確認すると今まで継続で処方されていたベタヒスチンメシル酸塩錠6mgがカットされ新たにベポタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されていた。他にコールタイジン点鼻液も処方されていたため鼻炎の症状の悪化も考えられたが、ベポタスチンベシル酸塩錠10mgの処方日数が朝食後分45日、夕食後分60日分と朝分が調節されており、処方医に疑義照会を行うこととなった。その後ベポタスチンベシル酸塩錠10mg処方誤りで正しくはベタヒスチンメシル酸塩錠6mgの処方であることが判明した。処方誤りにより、眩暈の悪化やベポタスチンベシル酸塩錠10mgによる眠気や口渇等のSE発現のリスクがあった。	クリニックにおける処方内容の確認不足。	名称類似医薬品においては調剤過誤のないように隣り合わないよう配置するなどの配慮をしている。処方内容で疑問点があればその都度患者、処方医に確認を取るようにしている。	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		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: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	
87	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg 3錠分3毎食後14日分と処方箋に記載されていた。用法用量が異なるので、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgの入力間違いが疑われた。医師に確認したところ、処方間違いであることが判明し、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 3錠分3毎食後14日分へ変更となった。類似名による処方間違いを防ぐことができた。	一般名の類似による薬剤の選択間違い	患者様への聞き取りと用法用量が適切であるか必ず確認する。	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 「TSU」		ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
88	エクセグラン100mg 3錠分3毎食後30日分の処方であった。てんかん発作の既往歴無し。最近、体調不良により、薬の追加などは頻繁にあり、来局回数は多かった。過去の薬歴を確認すると半年前にエクセラーゼの処方あり。患者来局前であったが、体調などの確認はしていなかったが、薬品名の類似があり、医師の通常の処方とは異なったため、疑義照会にてエクセラーゼ配合錠の誤りと確認が取れ、変更となった。	薬品名が類似しており、医療機関の薬剤選択の際前3文字で検索し取り違えたと思われる。	かかりつけ薬局の為今回患者本人のからの聞き取り前であったが、気が付くことができたと思われる。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	胃の不快感を訴え定期通院中の患者様。今までタフマック配合カプセルとモサプリドクエン酸塩錠5mgが処方されていた。今回処方箋受付時に処方内容を確認したところ、タフマック配合カプセルがエクセグラン錠100mgへ処方変更になっていた。患者さまに聞き取りを行ったところ、通院は引き続き胃の不快感での通院であり、てんかんの発作などの体調変化がないことを確認できたため、本来の処方意図はエクセラーゼ配合錠だったのではないかと推察。疑義照会したうえで処方変更となった。	エクセグラン錠100mgとエクセラーゼ配合錠の頭3文字がどちらも『エクセ』のため、エクセまで入力し薬剤検索した画面でエクセラーゼ配合錠を選択すべきところ、エクセグラン錠100mgを選択してしまったと推察される。	患者さまの治療、服薬継続の流れを意識する。患者様から可能な限り聞き取りを行い、情報を入手し処方内容と相違する点が無いかを意識して処方内容の監査を行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラーゼ配合錠		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
90	腹痛で受診された方に、ピオスリー配合OD錠3錠/*3、エクセグラン錠100mg6錠/*3、マグミット錠330mg3錠/*3が処方されており、調剤前に病状を確認し疑義照会したところ、処方内容が変更となりました。	エクセラーゼを処方しようとして、エクセグランを選択したものとされます。エクセラーゼは、以前の出荷調整により処方元病院の採用が変更となり、現在はマックターゼが採用薬となっています。そのため、エクセラーゼを検索した際にエクセグランしか見つからずに勘違いしたものと思われます。また、処方医は外部から来られている医師のため、採用薬の変更について認識がなかったと思われます。	情報共有をし、今後同様の間違いないか慎重に処方内容を監査するよう注意喚起しました。	エクセグラン錠100mg	マックターゼ配合錠		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
91	てんかんなどの持病の無い方に、エクセグラン錠100mgが処方されていたため、患者様に確認したところそのような薬が出るという話は無かったと確認がとれ、胃薬をもらう話をしていたことが判明した。医師にも電話で確認したところ、エクセグラン錠の処方予定はなかったため、エクセラージェ配合錠の処方予定であるところ、事務員のミスであることが判明した為、疑義照会にてエクセラージェ配合錠に処方変更となった。	類似名称による入力ミス。	持病や普段の薬の内容との照らし合わせを行っている。	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。
92	外来がん化学療法を実施している患者。3月までエクセラージェ配合錠が処方されていたが、4月に来局時、エクセラージェ配合錠が削除され、エクセグラン錠が追加になっていた。当該患者はてんかんの既往歴は無い。悪性腫瘍の脳転移によるけいれん発作の可能性も考慮したが、今回に関しては頭文字3字が一致するエクセグランを誤って処方してしまったのではないかと推測。疑義照会を実施したところペリチーム配合顆粒に変更になった。	エクセラージェ配合錠が3月で販売終了、経過措置切れになっていることを把握しておらず、無理に処方を行おうとした結果と思われる。	ここ数年、販売終了になる薬が多く、薬局内で毎回周知していた。見慣れない抗てんかん薬を見て違和感を感じるきっかけになった。	エクセグラン錠100mg	ペリチーム顆粒		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	
93	エクセラージェ配合錠が令和6年3月末で経過措置。4月最初の処方にて一般名ゾニサミド錠100mgに処方変更あり。先発がエクセグラン錠にて、エクセラージェ配合錠と名称が類似、処方医が抗てんかん薬を初発で処方する専門医では無く、患者へ良く聞き取りを行ったうえで、処方ミスと判断。疑義照会にてゾニサミド錠100mgは処方削除。	エクセラージェ配合錠は3月末で経過措置と連絡を医療機関に入っていた。処方医の、類似薬品への不注意・薬知識不足・経過措置薬対策への準備不足、が推察されます。	処方医側の問題にて新たな取り組みはありません。現状と同じく経過措置薬の医療機関への案内、処方変更時の患者への丁寧な聞き取り、を継続するのみです。			エクセグラン錠100mg	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。
94	今までエクセラージェ配合錠が処方されていた患者にエクセグラン錠100mgが処方されたため、患者に体調および受診時の医師から聞いた内容を確認したところ、エクセグラン錠が処方される状況とは考えにくかった。疑義照会の結果、マックターゼ配合錠へと変更となった。	エクセラージェ配合錠が本年3月末で経過措置切れとなり、医師の処方端末ではDO処方として処方できなかったと考えられる。”エクセ”で医薬品工法を絞り、選択する際に、エクセラージェ配合錠が医薬品候補に挙がっていないことに気づかず、エクセグラン錠を選択したと推察します。	前回処方内容と比較し、患者からの聴取内容を踏まえて、処方変更が妥当かどうか処方鑑査を実施すること。	エクセグラン錠100mg	マックターゼ配合錠		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。
95	胃もたれで受診した患者にエクセグラン錠が処方された。当該患者にてんかんの既往はなく疑義をかけたら処方医はエクセラージェを処方したつもりでいた。最終的にはマックターゼが処方された。	医薬名の類似	患者の主訴から処方薬に疑問を感じ、医薬品名類似を疑う。	エクセグラン錠100mg	マックターゼ配合錠		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。

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	
96	患者は過去にエクセラーゼ配合錠が処方されていたが、2024年3月の経過措置終了後に販売終了となった事を把握していない処方医が再度エクセラーゼ配合錠を処方入力しようとし、頭文字が「エクセ」で同一のエクセグラン錠100mgを誤って選択、処方した。患者からの聞き取りとの齟齬に加え、過去にエクセラーゼ配合錠が処方されていたことを把握していたため、処方間違いの可能性が高いと考え、疑義照会を実施。処方はペリチーム配合顆粒に変更となった。	処方医がエクセラーゼ配合錠の販売終了を把握していなかったこと。入力内容の確認が不十分であったこと。	新規処方薬が処方された際は処方の背景、経緯などについて十分に確認する。	エクセグラン錠100mg	ペリチーム配合顆粒		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。
97	今までエクセラーゼ配合錠が継続処方されていた。同薬剤が経過措置切れで薬価削除に。削除後の処方箋にエクセグラン錠100mgの記載あり、患者さんから、てんかんや脳波異常などの症状やそのような医師からの話はないとのこと。疑義照会すると同行薬のマックターゼ配合錠に変更となる。	病院カルテでエクセラーゼのマスター削除され、その次の候補薬剤を入力してしまった様子。	薬価削除での経過措置切れから次の薬剤について上記のようなミスもあり得る。謝りかもと想像力を発揮して取り組む。	エクセグラン錠100mg	マックターゼ配合錠		エクセグランとエクセラーゼの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	
98	エクセグランが新たに処方されたが、高齢者に対し1日300mgで処方されたため電話にて疑義照会を行った。エクセグランとエクセラゼを間違えて処方していたことが判明した。エクセラゼは販売中止になっているため、代わりとしてアルサルミン細粒に変更となった。	医師の確認不足。	用法など処方内容に疑わしい点が少しでもある場合は、必ず疑義照会を行う。薬の変更・追加があった際は、患者に変更点の確認、体調変化の確認を行い、処方内容に問題がないことを確認する。	エクセグラン錠100mg	アルサルミン細粒90%		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。
99	来局時定期受診でDO処方と話されたのに処方箋を確認すると抗てんかん薬のエクセグラン錠100mgが処方疑義照会後フェンラーゼ配合カプセルに変更となりました。	定期で服用中のエクセラゼ配合錠が3月で薬価収載終了のため名称類似による間違いであると考えられる。	名称類似薬剤は注意が必要一文字一文字きちんと確認すること。	エクセグラン錠100mg	フェンラーゼ配合カプセル		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。
100	75歳女性、平素から当薬局利用。内科医院より新たにシルニジピン錠5mgが処方されていた。投薬時、降圧薬の追加の話はなく抗アレルギー剤が追加であることを伺った。疑義照会ののち、オロパタジン錠5mgに変更となった。医院での処方入力の際、先発医薬品名のアテレック錠をアレロック錠と誤って選択したとのことであった。	クリニックでの入力間違い	投薬時には症状等を必ず確認し、処方が適切かを判断したうえで薬剤を交付するよう徹底する。	シルニジピン錠5mg「サワイ」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「サワイ」		アレロックとアテレックの販売名類似については、薬剤取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: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	
101	他院で継続している薬の処方を希望して来局。硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていたが、おくすり手帳を確認したら一硝酸イソソルビド錠20mgを服用していた。疑義照会し、一硝酸イソソルビド錠に変更となった。	類似医薬品のため選択ミスと考えられる。	類似医薬品があるものは特に注意する。	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。
102	今まで定期処方で(般)一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたが今回の処方せんの記載は(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mgだったため確認したところ(般)一硝酸イソソルビド錠20mgが正しいと判明した。	薬品名が酷似しているため処方箋のオーダーリングで誤って選択をしたと思われます。	薬剤が変更になった際には患者からの聞き取りを十分にを行い変更になった経緯を検討する。	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「NIG」		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。
103	定期で一硝酸イソソルビド錠20mgを服用している患者だが、主治医の開局に伴い通院先が変更となり、新たなクリニックから発行された処方箋では硝酸イソソルビド20mg徐放錠での処方記載となっていた。患者は医師から処方変更を説明されておらず疑義照会にて確認すると、単純な記載間違いで一硝酸イソソルビド錠20mgに処方訂正となった。	よく似た名称の医薬品処方であり、新しいクリニックでチェック体制にも不備があったと思われる。	よく似た名称で、徐放錠である場合もあるため、患者から状態や処方に関する情報をしっかり聞き取り、本当に処方変更でよいのかを検討し、迷う場合は必ず医師に確認をとるようにする。	【般】硝酸硝酸イソソルビド20mg徐放錠	【般】一硝酸イソソルビド20mg錠		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの一般名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

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	普段から来局されている患者。今回、内科の定期処方にマイスタン錠5mgが追加されていた。調剤・監査後の投薬時に患者家族からの聞き取りで、「本人が眠れないと言っている。以前、心療内科で処方してもらった眠剤と同じものを出してもらった。」と聞き取りした。お薬手帳の過去の記録を確認したところ、マイスリー錠5mgの服用履歴が見つかった。マイスリー錠との間違いではないかと推測し、医師に疑義照会を行った。疑義照会の結果、医師から「マイスリー錠5mgの間違いであった」と返答があった。	マイスタン錠とマイスリー錠は名前が似ているので、医師はお薬手帳を見間違えたか、カルテ記載時に打ち間違えたかと推測される。	マイスタン錠が脳外科以外から処方された時点で不振に思う。また、マイスタン錠とマイスリー錠は医師も薬剤師も間違いやすいので、どちらの処方が出て、必ず患者・患者家族等から聞き取りを行う。また、門前の医療機関と連携して、商品名が似ている医薬品は一般名処方にしてもらうよう提案している。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取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。
105	新規でマイスタン錠5mg1錠寝る前28日分の処方せんを受け付ける。本人に処方の経緯を確認したところ定期処方のデパス錠0.5mgでふらつきが出るため、影響が少ない薬に変えるとの説明で、けいれん症状はなし。マイスリー5mgのオーダーリングミス进行疑い巍々照会したところ、マイスリー5mg1錠への訂正となった。	薬品名と規格でレセコン検索した際に前後していた薬品を誤クリックしたものと思われる。	新規処方薬がある際は、診察時に訴えた症状や医師の説明について確実に聞き取りおこなう。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取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: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	
106	マイスタン5mgが新規処方あり。マイスリーの処方歴あり（お渡しはGE）、入力間違いの可能性あり確認。規格もマイスリーは10mg使用していたので確認。マイスタン5mg→マイスリー10mg（お渡しはGE）へ。	3文字入力でミスと入力して薬剤をさがし、マイスタンとマイスリーを間違えた可能性あり。	疑わしい部分がある時は疑義を行う。	マイスタン錠5mg	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。
107	主訴が不眠と聴取及び痙攣やてんかんの既往ない事を確認した為、マイスタン5mgは適応外で、マイスリー5mg等ではないかと疑義照会。結果、処方に変更になった。	先発品マイスリー5mgと名称が似通っているため、処方箋作成時に誤入力されたかと推察。混雑下の診察でもあった様子。	主訴、体調変化を丁寧に聞き取る。薬歴やアンケート、お薬手帳なども活用し適正処方確認に努める。疑義照会時は患者から待ち時間が長くなる事で不満を受けがちなが必要な性を説明し理解を得ていく。	マイスタン錠5mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
108	いつもの処方内容と異なる薬品名が記載されていたため、患者本人に確認の上医師に疑義照会したところ、処方内容の変更ではなく、薬品名指示のミスであることが分かり、正しい薬品名を確認して調剤、交付した。	処方入力時の確認漏れ。	患者とのやり取りの中で、医師からの説明の有無、症状の内容に合致しているかを確認して処方監査および調剤をする。疑問点がある場合は医師に確認を怠らない。	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。
109	マイスタン錠10mgが処方されていたが、患者様から不眠の症状と言われたので間違えている可能性が高いと判断して、疑義を行った。結果マイスリー10mgに変更になった。	名前がとても似ているため、カルテ入力時に間違えて入力してしまったと判断。	患者様からしっかり聞き取りを行い、正しいお薬が処方されているか判断する。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	新患として来局。前病院のDrの退職の為、病院を近隣に変更。今回、マイスタン錠5mg 頓服不眠時1錠30回分での処方。患者及びお薬手帳から今まで服用していたのはマイスリー錠5mgであることを確認。疑義照会を実施。マイスリー錠5mgに変更となる。	医薬品名の名称及び用量が類似しているため、医療機関側にて入力ミスを生じたと推察される。	処方箋受付の際に、今後も処方内容の確認を患者本人などに忘れずに実施しておくこと。	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。
111	マイスタン錠5mg/20日分の処方箋を持参して患者来局。前回まではアルプラゾラム錠0.4mgを処方されていた。患者からの聞き取りで夜途中起きてから眠れないので薬を変えてもらった、と発言あり。疑義照会実施しマイスリー錠5mgへ変更となった。	薬品名の名称類似のためミスと処方入力したのちマイスタン錠を選択してしまった可能性あり。	典型的な名称類似による処方ミスなので最初から処方間違いではないかと推測ができた。事務員にも事例を紹介し対応策を周知した。処方監査時に薬効、適応症を確認し、適応症の病態疾患がない場合は処方間違いも考慮して疑義照会実施する。	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。
112	平素より当薬局を利用する患者が処方箋とメモを持って来局した。処方箋には、マイスタン錠5mg 1錠寝る前10日分と記載されていたが、メモには「マイスリーはプロチゾラムが無くなったら飲む」と記載されていた。処方箋の記載内容とDrの指示が異なる為、電話にて疑義照会し、マイスリー錠5mg 1錠寝る前10日分に変更となった。	薬剤名が類似してる為、入力ミスと思われる。	既往歴の確認や、患者からの聞き取りで、新規に処方された薬剤が間違いではないか注意・確認していく。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
113	元々腎疾患で以前来局歴のあった患者が久しぶりに来局しマイスタン(5)が処方された。窓口で患者本人に聞いたところ不眠のために処方されており、既に何回か服用していると回答があった。以前の情報としててんかんの既往はなかったが久しぶりの来局であったこと、薬手帳が切り替わったばかりで服用薬の情報が少なかったことから、違和感は感じたがこの時点では疑義照会をしなかった。患者帰宅後にマイスリーの間違いである可能性を思い立ち疑義照会したところマイスリーを処方するつもりであったことが判明した。医療機関に確認してもらったところ2月に既にマイスタンの処方歴があり他薬局で調剤し患者は何回か服薬していたことが分かった。投薬時にマイスタンの在庫がなく郵送する事になっていたため、疑義照会の結果を受けてマイスリーを郵送した。	処方間違いの原因は薬剤名類似によるもの。薬局では患者本人または家族などへ処方目的の確認不足。	特に新規処方の場合は処方目的を患者、患者家族に必ず確認する。疑問点が残る場合は疑義照会し疑問点を残さないようにする。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	マイスタン錠10mg不眠時1回1錠5回分と処方された。患者は、不眠時にはゾルピデム酒石酸塩錠10mgを服用しており、マイスリー錠10mgの処方ミスが疑われた。処方医に疑義照会を行ったところ、マイスタン錠10mgからマイスリー錠10mgへ変更となった。	薬品名の類似	類似薬は、あらゆる場面でミスが起こる可能性があるため、特に注意する。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	新患でFAX処方箋受付。処方箋通りマイスタン錠10mg1錠/就寝直前の処方での仮入力。患者来局後、受診理由を確認すると、眠れない為に受診したとの事。処方医に電話で確認するとマイスリー錠10mgの間違いだった。その後、患者に説明し、後発のゾルピデム錠10mgで調剤。	医師、もしくはクラークの薬品名類似による入力間違いと思われる。	診療科・患者もしくは家族の情報を基に処方鑑査を行う	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	
116	処方監査で患者さんのお話をお聞きした。「いつもの湿布をもらうついでに不眠について医師に相談したところ、”軽めの睡眠薬を出しておく”と言われて処方された。」とのこと。処方は”マイスタン5mg 1T 頓服不眠時服用10回分”となっていた。患者さんのお話と処方内容に齟齬を感じ、土曜日午後で診療時間外だったため、処方箋をお預かりして翌週月曜日疑義照会をすることになり、その結果マイスリー5mgとの間違いが判明し、間違った薬をお渡しすることが回避された。	薬剤名が似ている事、規格が同じであることでレセコン上での選択ミスと考えられた。	いつもと違う薬が処方されたときは特に患者さんのお話をよく聞くことが重要なので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、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	患者より睡眠薬が処方されていないと訴えあり。疑義照会したところマイスタン錠5mgが追加となった。再度処方鑑査したところ、マイスタンが睡眠薬ではないことに気づき、再度疑義照会したところマイスリー5mgに変更となった。	名称類似医薬品の間違い	名称が似ている薬についてそれぞれの薬の成分、違いについて日々学んでおく。			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。
118	前回までノルバスク5mg 他2剤処方されていて男性にノルバデックス10mgが処方。男性で乳がん診断歴もなく、患者より血圧の薬を変更すると診察時言われたとヒアリング。疑義照会にて内容を指摘しノルバスク10mgへ処方に変更。	典型的な類似名称の他薬処方である。	処方対象が男性であり気づくのは容易であるが、女性への処方や婦人科で同様の間違いが起こらないとも限らないため丁寧なヒアリングを行い処方箋の内容と齟齬がないか確認をしていく。	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。

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	
119	アムロジピン錠の変更にタモキシフェン錠の処方あり治療意義不明にて問い合わせる。	医師のカルテ上の薬品名記載方法は先発品名で行われており、ノルバスク錠2.5mgへの変更とカルテには記載されえいたが処方箋上の選択はノルバデックス錠を選択していたようだ。	患者の治療内容を把握すること	タモキシフェン錠10mg「サワイ」	アムロジピンOD錠2.5mg「VTR S」		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。
120	【般】タモキシフェン錠10mgが処方されていた。お薬手帳、聞き取り等により記載間違いの可能性ありにて疑義照会を行ったところ【般】アムロジピン口腔内崩壊錠10mgへ変更となった。	ノルバデックスとノルバスクで医薬品検索を誤って選択してしまったことによる入力間違い。確認不足が不十分であったと思われる。	鑑査時には患者からの聞き取り、お薬手帳の確認など徹底する。	【般】タモキシフェン錠10mg	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	整形外科から（般）アブリジンカプセル103c、分3、5日分が処方され、FAXが届いた。初処方だったので、成分名を調べたところ不整脈の薬だとわかり、患者様が薬局に来る前に不整脈で受診したのか電話して聞いたところ、喉が痛くて咳止めみたいなのを出す聞いたとのこと。先発品の名前がアスペノンカプセルだったので、アスペリンと間違えたのではと考えた。疑義照会したところ、アスペリンで処方したつもりだったとのことで、アスペリン錠10mg3T、分3、5日分に変更になった。	医師が処方入力するときにアスペリンでなくアスペノンを選択してしまったが、さらに一般名処方に変換されて、アブリジンカプセルになってしまったと考えられる。	処方箋内容を読み取る際、薬歴（新患であればお薬手帳）を確認し、初処方、追加処方の薬は妥当であるか検討する。調剤する前に患者様にどういう主訴で処方してもらったのかをお伺いする。	アスペノンカプセル10	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	コロナ感染の方の処方箋をご家族が持参。咳症状があるが鎮咳薬ではない薬品名類似の抗不整脈薬が処方されていたため疑義照会を行ったところ、入力の間違いだったことが判明した。	薬品名類似による処方入力間違い	感染症の処方内容だったが、入力間違いと思われたためすぐに疑義照会を行った。	アスペノンカプセル20	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	アスペノンカプセル20mgとレルベア200エリプタ14吸入用が同時に処方されていた。患者へ聞き取りを行ったところ、心臓の疾患はなし。本日は咳が止まらないので受診したと確認。	医師がアスペリンを選択しようと思ったが類似名のアスペノンを選択したことによる処方間違いと思われる。	調剤前に処方鑑査や患者への聞き取りを徹底する。	アスペノンカプセル20	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、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	他県に住んでいた本人が、震災のため娘のもとにきた。お薬手帳を持参された。手帳にはアスペノンカプセル20の記載があったが、アスベリン錠が処方されていた。特に咳症状もなく疑義照会を行ったところ処方変更になった。	普段クリニックで使っていない薬を処方しようとしたため。	他院からの転院や退院時処方に関しては規格違いも起きやすく、特に注意している。	アスベリン錠 20	アスペノンカプセル 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。
125	風邪により受診した患者様の処方箋にアスペノンカプセル(20)の記載があった。患者様へ不整脈の薬の処方について説明があったか確認し、「そういった話は聞いていない」とのことだったため電話にて処方医へ照会。アスベリン(20)の誤りであったと確認。	規格・名称が類似していたため、レセコンで選択する際に誤ったものと考えられる。	患者背景を十分理解するように努める。類似名商品として、薬局内のスタッフで共有。当薬局での処方箋入力時にも同様のミスが起きないように、マニュアル通りの入力(規格+頭文字3文字以上)をするよう指導	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。
126	アスベリン錠20mg処方のところアスペノンカプセル20mgで処方。ムコダイン錠500mg、アスペノンカプセル20mg、クラリス錠200mgが処方されており、アスペノンカプセル20mgの処方について疑問を抱いた。咳嗽があり受診され、既往歴や聞き取りから不整脈はないこと確認したため疑義紹介実施。処方間違いであり、アスベリン錠20mgへ変更となった。	薬剤名の頭文字3文字が類似しているため、変換の際に間違えてしまったものと推測。	処方内容から処方意図を考え、必ず患者様に症状を確認する。	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	
127	糖尿病で以前から受診されている患者。アスペノン20mg3カプセル、分3でカルボシステインと共に7日間だけ臨時処方されていた。アスペノン常用量と処方日数に違和感があり、疑義紹介したところ、咳止めであるアスピリンと勘違いして処方したとのこと。患者からの情報として、風邪の症状で薬を出してもらうことになっていたことも確認した。	電子カルテで薬剤検索時の確認不足と入力後の確認不足または思い込み	処方監査時に常用量が理解できている。投与日数と一緒に処方されている薬剤との関連性を推測する。患者や医療機関に処方意図を確認する。	アスペノンカプセル 20	アスピリン錠 20		アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	風邪でおかかり、抗生剤・痰切りのなかに不整脈薬が処方されていた。また通常量より多く処方されていた。	類似名医薬品の選択ミス	処方監査を怠らない	アブリンジン塩酸塩カプセル 20 mg 「NP」	アスピリン錠 20		アスピリンとアスペノンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	母親と一緒に当患者は受診された。風邪の症状にて約2か月ぶりに来局。咳の症状が発症しているため咳止めを希望されていたが、不整脈薬のアスペノンcp10mg 1回1錠1日3回毎食後7日分が処方された。電話にて疑義紹介を行ったところ、アスペリン錠で処方入力していたつもりだったと判明。アスペリン錠が入荷困難であったため、メジコン錠15mgに変更となった。	アスペリン錠10mgで処方する予定だったが、名称類似薬であるアスペノンcp10mgと誤って処方入力してしまったと考えられる。	名称が類似している医薬品があるため、薬の末尾までしっかりと確認するように、本事例と合わせて従業員に注意喚起を行った。	アスペノンカプセル 10	メジコン錠 15mg		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。
130	咳症状の処方の中にアスペノンの処方があった。患者から話を聞いてみると、特に不整脈は出ておらず、喘息症状があることを確認。処方ミスの疑いをもち、疑義照会をした結果、処方箋発行元の入力ミスであることが判明。アスペノンカプセル20mgからアスペリン錠20に変更となった。	薬名が類似していることによる入力ミス。	患者から症状を聞き取り、症状とあった薬であるか確認。	アスペノンカプセル 20	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	
131	A病院で高血圧、脂質異常症の治療を受けており、脳梗塞のためB病院を受診して、安定したためA病院に戻ってきた患者様。1/18A病院より定期薬のエスゾピクロン、ロスバスタチン錠30日分ミネプロ錠2.5mg7日分処方あり1/24B病院バイアスピリン錠100mg、エソメプラゾールカプセル20mg分一朝食後14日分の処方箋とA病院ミネプロ錠2.5mg21日分、タケキャブ錠20mg分一朝食後7日分の処方箋を持参したB病院は今回で終了し、次回以降はA病院からまとめて処方をお願いしようとお話しがあった。B病院のバイアスピリン錠100mgとエソメプラゾールカプセル20mg終了後にタケキャブを服用開始すると考えられたがバイアスピリンの処方がなかったため、疑義照会を行ったところタケキャブ錠20mg→タケルダ配合錠へ変更となった。医師はタケルダ配合錠を処方したかったようだ。	医師がカルテに手書きで処方内容を記載するため、医事が読み間違えた可能性。医師がタケルダ配合錠を処方する予定だったが、誤ってタケキャブ錠と記載した可能性の二点が考えられる。	患者さんとの会話を通して疾患名、症状、医師との会話などを聞き取り、処方内容に齟齬がないかを確認するようにしている。	タケキャブ錠20mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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	タケルダ配合錠が処方されたが、投薬時に患者から「胃薬が出ると聞いている」と聴き取り。疑義照会を行った結果、タケキャブ錠の間違いであったことが判明。	類似の薬品名、入力ミス。	類似の薬品名に注意。薬局側も、しっかりと患者から聴き取りを行う必要がある。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
133	総合病院からクリニックに転院。その際今回の処方からタケルダ配合錠からタケキャブ10mgに変更。投薬時に患者に確認するも、医師からは特に何も説明はなかったとのこと。処方入力ミスの可能性があった為電話にてクリニックに疑義照会した結果、タケキャブ10mgがタケルダ配合錠に変更になった。	頭の2文字が2剤とも「タケ」であることから、医師が処方入力時に予測変換を誤り薬剤を選択したものであると思われる。	ヒヤリハット事例を普段から確認し備える。投薬時の服薬指導を引き続ききめ細かく行い、処方変更があった場合は医師の説明があったか必ず確認。	タケキャブ錠 10mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
134	メトホルミンとテルネリンの処方があった。血糖が高いので受診をしたのかかわらずテルネリンの処方あり。肩こりなどもないとのことだったので疑義紹介。テネリアに変更となる。	患者への聞き取りをしっかりと行うことで事で、交付前に訂正することができた。医師の仕事量の多さ、思い込みも要因かと思う	処方意図がわかりづらいものほどしっかりと聞き取る。名前の同じような薬もあるのでその場合は特に注意する。	テルネリン錠 1mg	テネリア錠 20mg		テネリアとテルネリンの販売名類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業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	新患の患者さまで、ディナゲスト錠1mg2錠10日分の処方あり。聞き取りしたところ、子宮内膜症や子宮筋腫の疑いや既往歴はなく、処方薬の服用後は出血がくると医師から説明を受けていたため、処方医に問い合わせ。ディナゲスト1mgではなく、デュファストン錠5mgの間違いだったとのことで、デュファストン5mg2錠10日分へ処方変更となった。	病院が繁雑している時間帯であり、処方医の確認不足によるものと思われる。	初めて処方が出る薬剤については、投薬時に、その薬剤が適切であるか、患者の状態をよく聞き取るようにする。適応がないと判断した場合は、必ず医師に確認を取ったうえで交付する。	ディナゲスト錠1mg	デュファストン錠5mg		デュファストンとディナゲス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。