

**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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	デュタステリド錠を含む処方せんの粉砕指示があり、初回粉砕、2回目来局時に発見	粉砕医薬品の粉砕可否の検討を怠った、	普段行わない粉砕や一包化指示のある医薬品の場合は可否の確認を徹底する			デュタステリド錠0.5mg AV「DSEP」	デュタステリド錠については、分割、粉砕による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
2	リウマトレックス 1日と医院が処方箋に入力するところ7日と入力しといた。	リウマトレックスは続けて服用するのでなく 週に1～2日の服用	リウマトレックスの処方日数の確認	リウマトレックスカプセル2mg	リウマトレックスカプセル2mg		メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）については、複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
3	フェログラデュメット錠が粉砕指示で処方されていた。疑義照会后、フェロミア錠へ変更された。	医師の知識不足。	薬局内で粉砕不可のリストを作成していたことが本件に繋がったと考えられる。			フェロ・グラデュメット錠105mg	徐放性製剤については、分割、粉砕による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
4	定期的に受診、来局されている患者さんに本来調剤するはずのエチゾラム錠では無く、エスタゾラム錠が調剤されていた。調剤者が確認をして最終鑑査兼投薬者にまわすが確認の際に気付かず、服薬指導前の鑑査で発覚した。	患者さんが立て込んでおり、注意力が低下してた。声だし確認を怠っていた。	調剤手順をスタッフで共有し遵守するよう研修を行う。	エチゾラム錠1mg「SW」	エスタゾラム錠1mg「アメル」		エスタゾラムとエチゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
5	一般名にてエスゾピクロン2mgが処方されていたが、調剤にてエスタゾラム2mgを調剤。鑑査にて監査者が発見しエスゾピクロンを調剤し直したため患者交付にはいたらなかった。	忙しく人での少ない時間で焦ってしまい、処方箋をしっかりと確認することを怠ってしまった。	エスゾピクロンとエスタゾラムは名称が似ている上、調剤棚の位置が近いため場所を離す	エスゾピクロン錠2mg「DSEP」	エスタゾラム錠2mg「アメル」		エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
6	一般名類似していたので、取り間違えた	一般名を読み込み不足だった	それぞれの薬品棚に注意喚起のシールを付けた	ユーロジン2mg	エスゾピクロン2mg		エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
7	エスゾピクロンとエスタゾラムのピッキング間違い。注意不足で投薬後にすぐ気づきすぐにお渡ししてきた。	慢心、2重チェックの不足、多忙が原因。	2重チェックを確実に実行し落ち着いて確認する			エスゾピクロン錠2mg「サワイ」 エスタゾラム錠2mg「アメル」	エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
8	一般名処方で「エスゾピクロン1mg」が処方されたが、調剤の際に「エスタゾラム1mg」を取りそろえた。別の薬剤師が一包化を行う前の監査時に気付いた。	同じ睡眠薬の分類かつ、用量も同じ、名前も近いことから、取りそろえる際に間違えた。	薬の置き場所が近い場所にあったため、離れた場所かつ、名前に蛍光ペンで色を付けることとした	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エスゾピクロン錠1mg「DSEP」		エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
9	エスタゾラム錠2mg「アメル」に処方のところエスゾピクロン錠2mg「ニプロ」をもらっているという旨の連絡があり。定期薬として服用中の薬の残がなくなったので、飲もうとしたときに違う薬であるということが判明したとのこと。 服用していない事実を確認し、取替えとなりました。	エスタゾラム錠2mg「アメル」をエスゾピクロン錠2mg「ニプロ」と思い込んで調剤・監査・投薬。投薬時に患者本人に見せてできていなかったとのこと。	名前の似ている薬剤名については思い込みも十分ありうるので、監査時には処方箋名と薬剤名をしっかりと照らし合わせ見落とさないようにする。投薬時に、薬剤情報提供書に記載の薬剤の写真と薬剤そのものを、患者本人にみせて説明を行うようにする。患者さまからの指摘通り、お薬手帳の捺印を徹底する。	エスタゾラム錠2mg「アメル」	エスゾピクロン錠2mg「ニプロ」		エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	2024年11月18日（月）14時30頃、平素より当薬局利用の56歳女性の患者様が処方箋をもって来局。エスタゾラム錠2mgが1日一回1錠就寝前処方されていた。薬剤師Aがエスタゾラム錠2mgを調製すべきところエスゾピクロン錠2mgで調製し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが監査システムをかけた際に誤りに気づき、調製した薬剤師に間違いを伝えた。薬剤師Aはエスタゾラム錠2mgを正しく調整し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	どちらも睡眠導入剤。（ただしエスタゾラムは向精神薬に分類されている。）処方内容の確認不十分、思い込みによる間違い。	間違いやすい薬としてスタッフ間で情報共有。エスゾピクロンのトレイに名称注意の札をつけて注意喚起した。	エスタゾラム錠2mg「アメル」	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」		エスゾピクロンとエスタゾラムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
11	ミグリトール処方のところミチグリニドを渡してしまった。この双方とも食直前の用法でまた名称、シートデザイン、色までよく似ており普段から気をつけるようにしている薬だがそれでも間違えてしまった。交付後調剤録と交付控えの再確認をしていたところ間違いを発見、連絡を取り交付し直して事なきを得た。	薬局のルールとして調剤者と監査者は別人であることのルールを守るようにしているが、一包化など多数繁盛時間帯で同一人物が調剤、監査してしまった。また以前にも同一薬剤師が同じ間違いをしており注意力の散漫が考えられ教育の徹底だけではミスを防げない事例が出てしまった。シートデザインが全く違えば少しはミスを減らせる可能性も考えられるが、他メーカーのもほぼよく似たデザインであり実行には至らなかった。	調剤時にヒートの耳を控えて取り、それと調剤録とを再度チェックしているが、交付後の確認となるため間違いがあれば後から連絡することになる。ただその日のうちには確認するためその日のうちに連絡は取れる。まず必ず調剤者が監査もする場合、第三者に必ず見てもらうことを守る、交付後のチェックをできるだけ早く行うことで対応することとする。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「JG」		ミグリトールとミチグリニドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
12	グルファスト錠10mg が処方され、後発品のミチグリニドをピッキングするべきところをミグリトールをピッキングしてしまった	薬効が同じで名称も似ている為	注意喚起の札を設置	グルファスト錠 10 mg	ミグリトールOD錠 50 mg 「トーワ」		ミグリトールとミチグリニドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
13	ミグリトールOD50mg が処方されていた所慣れでミチグリニドOD5mg を調剤して監査でみつかった。その後取り直して患者にはきちんと調剤できた。	昼休みのため人員が少ない時に繁忙になったため。保管場所も近かったのも原因の一つ。	ミグリトールとミチグリニドを置く場所を離して棚に色をつけた。	ミグリトールOD錠 50 mg 「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠 5 mg 「フソー」		ミグリトールとミチグリニドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠での処方を正しく入力できていた。その後入力者がそのままピッキングを実施したが、入力されたサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」を見つけることができず、その後サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」を発見した。その誤って発見したサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」を基に入力を訂正しピッキングを実施した。その後監査者によって処方箋に記載のある薬剤とピッキングされた薬剤が違うことに気が付いた。	入力者、調剤者はともに同一人物であったこと、また常勤していなく、臨時で店舗に勤務することとなった事務であった。ピッキングも慣れていない状態で薬を探すのに時間を要してしまい、早くピッキングしなければならない状況であり、焦りがあった可能性がある。薬品の名称が類似していたサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」を発見し、つい入力を誤ったもので訂正してしまったと思われる。	局内名称に普通錠と腸溶錠である旨をわかりやすく記載し、気づきを増やすことで入力誤りを防止する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
15	メサラジン腸溶錠400mgで痒みを起している患者様に今回初めてサラゾピリン錠500mg（処方箋上では一般名処方でサラゾスルファピリジン錠500mgで記載あり）が出されておりレセコン入力間違いに気が付かずそのまま交付してしまった。その後入力した医療事務がそのミスを発見し、急ぎ患者様へ連絡したが1回分既に服用されていた。処方元医師に連絡しその後の経過を見ていたが、異変は起こらず。当日中に謝罪の上、正しい薬と交換を行った。その後も特に症状変化は見られなかった。	一般名処方がされており、調剤室内も他部署から異動してきたばかりの（調剤においては）新人薬剤師の指導中であり、指導しながら他の患者への対応を行う等普段と違い忙しさや集中力に欠いた状態だった。その際、監査漏れが起きてしまい更に服用後の対応になってしまった。	普段と違う状況でも時間を掛けてミスがないように業務を行うよう気持ちに余裕を持つ。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	ヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠の取違の回避	ヤーズフレックス配合錠を服用している患者様。自薬局では23年8月以来の調剤であるが、他薬局で継続してもらっている。処方箋は一般名で処方されており「【般】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」と記載あり。プラセボ有に対応する薬品名はヤーズ配合錠のため、患者に確認したところヤーズフレックス配合錠の継続と返答あり。クリニックに疑義照会しプラセボ無のヤーズフレックス配合錠の処方为正しく、処方箋記載の一般名は誤りであることが分かった。	一般名処方の際は、全文読み取ってから対応する薬剤を選択する。	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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
17	ヤーズフレックス配合錠を今まで処方されていた方が、後発品希望だったため、誤ってヤーズ配合錠の後発品であるドロエチ配合錠を交付してしまった。	10月より、開設者が変更となり、レセコンなどコンピュータシステムも以前使用していたものから変更され、ちょうど運用を開始したばかりだった。ヤーズフレックスには後発品が存在しないのに、候補としてドロエチ配合錠が選択できる状況だったため、誤って交付してしまった。	完全に同一成分名のものだけが、後発品候補として選択できるよう、レセコンの設定を見直し。ヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠の違いについて、再度スタッフ間での情報共有、「ヤーズフレックス配合錠には後発品なし」との注意コメントをつけた。	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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	一般名処方箋でドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠（プラセボ有）であり、ドロエチ配合錠「あすか」を選択すべきところ、ヤーズフレックスを選択されていた。薬剤師による鑑査時に気づくことができた。	普段は扱わない薬剤のため、在庫もなく、一般名処方も初めてみた。一般名処方だったので、合っているのかしっかりと調べて違うことに気づくことができた。	一般名処方（カッコ）の中の違いもかなり重要である。わからないものは必ず調べることを徹底する。そして間違いやすいものは共有と、システムの薬剤名に注意喚起を行う。	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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	6月14日に処方元の医療機関より【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオール・プラセボ（ヤーズ配合錠／ドロエチ配合錠）で処方があったが、薬局で【般】ドロスピレノン・エチニルエストラジオールで入力し、ヤーズフレックス配合錠で調剤、鑑査でも気が付かず、ヤーズフレックス配合錠の説明を行った。新規処方であったこともあり、患者はそのまま服用し7月10月と継続処方となったときも引き続きヤーズフレックス配合錠で調剤、服用されていた。12月に処方元の医療機関に返戻があり、誤調剤が発覚した。	ヤーズ配合錠の調剤歴と在庫がなく、レセコンにヤーズフレックス配合錠しか登録がなかった。処方せんのQRコード読み込んだ時に「未登録」と表示されたが、一般名名称の表記が長かったこともあり「プラセボ」の表記を見落とし、先頭の表記で照合してしまった。レセコンの画面上、スクロールや別画面で表示させないと全体が見られない状態もあった。薬剤師もヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠があるのは知っていたが、一般名表記になったときの違いを知らなかった。	レセコン操作時の操作方法確認（長い一般名称標記の時に最後まで確認する）特に一般名処方を新規で調剤するときは薬剤師も薬価本などで確認しながら調剤する	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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	一般名処方でドロスピロン・エチニルエストラジオール配合錠・プラセボ錠（ヤーズ配合錠）が処方される。入力の際、成分が同じことも有り、ヤーズフレックスと入力間違え、気づかずそのまま調剤。入力者、鑑査者ともに、ヤーズとヤーズフレックスが同一成分ということ把握していなかった。監査の際に気づき、疑義照会を行いヤーズで間違いないか確認した後、正しいものを交付した。	調剤時、近隣の病院ではなく、普段来ない内容の処方、慣れていない科の処方で知識不足が出てしまった。入力の際、ヤーズとヤーズフレックスの選択肢があったが、入力者も知識不足と、選択肢が有ったことを繁忙時間帯で見落とした。	入力者は、選択肢が出た時点で薬剤師に確認を必須とした。調剤者は、調剤棚に類似薬注意の札を貼ることとした。	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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
21	レバミピド錠0.5mgをレバグリニド錠100mgととり間違えた。	レバミピド錠について話を聞いた後だったので、レバミピド錠に引張られた。	全文字監査	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「オーツカ」		レバグリニドとレバミピドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
22	レバミピド100mgの処方のところ、名称の似ているレバグリニド0.5mgを調剤してしまった。	本人の思い込みや、場所もわりと近くで、手に取りやすかったため、	名称の前に、ポップをつけて対応した。	レバミピド錠100mg「EMEC」	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」		レバグリニドとレバミピドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	85歳男性 一包化してお渡ししている患者さま。事務員にピッキングをしてもらい、薬剤師Aが一包化の調剤をした。ピッキングの際に1つ薬を間違えて拾い、そのまま調剤して監査に回ってしまった。幸いな事に監査で誤りに気づき患者様には正しく作り直しお渡しすることが出来た	事務員がピッキングした薬を薬剤師Aが正しくチェック出来ていない。	かならず、処方箋とピッキング薬剤を調剤する前に突き合わせをすることを徹底すること	アロチノロール塩酸塩錠5mg「トーワ」	アテノロール錠25mg「トーワ」		アテノロールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
24	アロチノロール錠5mg「JG」1T1×朝食後で処方されていたが、誤ってアテノロール25mg「サワイ」を交付してしまった。患者様には、健康被害がなかったことを確認し、処方医へ情報提供を行った。	名称類似による監査漏れ、処方箋が用法がまとまっておらず監査しづらく、繁忙であり焦り見逃してしまった。	ダブルチェック機能を強化類似医薬品に注意するよう職員へ周知と医薬品棚に注意喚起の表示を行う			アロチノロール塩酸塩錠5mg「JG」アテノロール錠25mg「サワイ」	アテノロールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
25	分包機に薬を入力するときのミス	慣れ	新規入力時に入力した人以外による確認。ピッキングしたものと入力した医薬品の確認。			アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」アテノロール錠25mg「トーワ」	アテノロールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	混雑時、薬剤師の人手が足りず医療事務に調剤補助に入ってもらった。[般]一硝酸イソソルビド錠20mgのPTPシートをピッキング依頼した際、誤って硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」を取り揃え。その後の薬剤師監査で誤りに気づき、正しい薬剤を交付した。	混雑時で焦りがあった。同じ処方箋内に[般]ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mgがあり、同じ徐放カプセルだろうと思ってしまった。一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」が当店在庫にあることを知らなかった。一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」と硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」は別の調剤棚引出し内に配置されていた。	薬局内で情報共有し、類似名称のピッキング間違いが再発しないよう注意喚起した。配置変更を検討したが現実的ではなかったため、薬剤の外箱に「類似名称注意」のシールを貼ることにした。	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	処方内容が、本来【般】一硝酸イソソルビド錠20mgであるところが、【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgになっていた。いつもと同じ記載であると認識してしまい、先発のアイトロール錠20mgで調剤しようとしていた。疑義照会をしたら、先方の入力ミスであることが発覚した。	平素より当薬局を利用してくださっていることもあり、いつもと同じように調剤しようとしていた。	一般名処方が告示している事例である。他にも酷似している事例があるため、薬局内に周知するとともに薬品が格納されている棚にそれぞれ注意喚起のメモを貼るようにした。	アイトロール錠20mg	フランドル錠20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	令和6年10月より開始された選定療養の関係で、処方箋記載の医薬品名が一般名処方に変わったために起きた事例。今までニトロールR（20）が処方されていた患者に一硝酸イソソルビド（20）が処方された。処方箋の通り調剤を開始したが、患者に医薬品の変更があったか確認したところ、今までと変わらないとのこと。処方医に確認したところ、ニトロールR（20）を一般名処方とする際に一硝酸イソソルビド（20）と入力してしまったとのこと。ニトロールR（20）の一般名は硝酸イソソルビドであることを確認し、硝酸イソソルビド（20）に処方変更となった。	一般名処方の際に起きてしまう可能性のある事例。今回対象となった医薬品は硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドであり、医薬品名の類似も背景にある。	一般名処方に変更となった場合は、以前処方されていた医薬品と同じ名称であるか複数名で注意深く監査することで、間違いを防ぐことができる。	一硝酸イソソルビド錠 20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠 20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	選定療養の加算がスタートする前に、先発…「フランドル錠」を希望の患者さんが、GEに変更されると予測して薬を新規発注したところ、「フランドル錠」を普通錠と勘違いして「一硝酸イソソルビド錠」を注文してしまった。納品され引き出しに直そうとした時に、薬の名前が「一硝酸」で始まるものと、「硝酸」で始まるものがあることに気づき、何が違うのだろう？…と調べたところ、普通錠と徐放錠の違いがあることに気づいた。そこで急いで「硝酸イソソルビド徐放錠」発注をし直した。	日頃、狭心症の患者さんの処方が少ない、狭心症治療薬に触る機会もほぼなくて、薬の知識が薄かった為、「フランドル錠」が徐放性製剤という認識がなかったところに、似通った名前だった為、誤発注してしまった。	薬に「一硝酸イソソルビド」と「硝酸イソソルビド徐放錠」の2規格が存在するというシールを薬の箱に貼って注意喚起し、先発をGEに変更する時、変更する薬を間違えていないか複数の薬剤師と一緒に確認する様徹底して、同じ間違いを繰り返さない様にしたいと思う。			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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
30	当薬局新規の患者様。施設入居中。これまでは他局で調剤してもらっていたが、施設入居にあたり当薬局で調剤してもらうことになった。「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」が処方されたが、薬局には「一硝酸イソソルビド錠20mg」しか在庫が無く薬品名類似のため誤ってピッキングを行っていた。しかし「普通錠」と「徐放錠」であることや「硝酸」と「一硝酸」に違いが有ることに気づき、薬をお渡しする前に訂正することが出来た。	薬品名が類似していることと、知識不足であったことが大きな原因であると考えられる。	「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」「一硝酸イソソルビド錠20mg」近くに在庫するのではなく、片方は棚にまた片方は引き出しに在庫して区別するようにした。類似した薬品があることを棚に記載し注意を引くようにした。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
31	硝酸イソソルビド錠でお渡しすべきところを一硝酸イソソルビド錠で処方箋入力、調剤しそのまま監査もスルーして患者様の手に渡ってしまった。	忙しい時間帯でもあり、入力者、調剤者、監査者、交付者の全ての確認の甘さ、また当該薬剤が当薬局の採用品目ではなかったため、存在も知らなかった者もあり知識不足も原因になっていると思われる。	思い込みでの入力、調剤をしないよう注意していくことを徹底していくよう改めて話しあった。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	90代女性患者に一般名処方で硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方された。調製者は誤って一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」を取りそろえた。監査者は薬剤が間違っていることに気づき、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」を調製しなおし、患者に交付した。	混雑していたこともあり、名称が類似した薬剤を十分に確認しないまま調製してしまった。	名称が類似した薬剤の取り間違いを注意喚起するため、薬剤棚に「要注意」と赤字で書いた貼り紙をつけた。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
33	一硝酸イソソルビド錠20mg1T／朝食後×21日分の処方であったが、硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」で調剤。鑑査者が気づき、患者に手渡すことはなかった。	以前からの同一処方が継続されていたため、慣れ・慢心、また繁忙期であったことによる疲労が原因と考えられる。	今回の事例、調剤・鑑査時の注意を周知徹底。薬剤師の増員にて繁忙期の負担を軽減。	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
34	処方箋に「一硝酸イソソルビド」で処方があったが、ピッキング時「硝酸イソソルビド」でピッキングをした。	当薬局では硝酸イソソルビドの処方が多く、慢心しており、同じ規格、メーカーであったため、取り間違いを起こした。	類似薬品ありの札を貼り、片方のメーカーを変更した。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	セフカベンピボキシル細粒のところセフジトレンピボキシル細粒で調剤されていたが監査者が気付いた。普段セフジトレンピボキシルが処方されていることと、バーコード読み取りがうまくできず目視のみで調剤をしていた。バーコードでの読み取りに頼っていたこともあり、目視による確認が甘かった。忙しくない時間帯だったので慢心によるミスが考えられる。	バーコードでの読み取りに頼っていたこともあり、目視による確認が甘かった。慢心による不注意	バーコード読み取り機のメンテナンス目視の場合は調剤前にダブルチェックを徹底する。	セフカベンピボキシル塩酸塩細粒小児用 10%「CH」	セフジトレン ピボキシル小児用細粒 10%「OK」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
36	セフカベンとセフジトレンの取り間違い	知識不足	片方を引き出しに	セフカベンピボキシル塩酸塩錠 100mg「CH」	セフジトレンピボキシル錠 100mg「トーフ」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	成分名処方で、ジェネリック医薬品の在庫なく、先発品に変換時に成分名類似のメイアクトMS100mgを選択し、そのまま調剤監査交付までいってしまった。	朝1での患者さんで、土曜日ということもあり、全体がまったりしている背景。今、成分名処方でも、ジェネリック医薬品での入庫がままならず、先発品での調剤になってしまうことがあり、その際に、ジェネリック⇒先発品への変換時に、思い込みなどで、選択を誤り、前回は処方されていた等の情報に惑わされた。監査でも、再確認の必要があったが、そのまま確認せず、交付にまわってしまった。	思い込みをなくしと再確認の必要性。信じていても疑うこと	セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg「SW」	メイアクトMS錠100mg		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
38	少々 患者様が立て込んでいた時たまたま事務員と二人で忙しくしていました。初めての来局者で聞き取り等あり 気分的に焦り またセフカベンピボキシルなど確り供給されていない状況下 セフジトレンピボキシルが目に入り意外と沢山あり良かったと安堵し調剤してしまいました2人で 確認しながらする ルールだったのについ 忙しいときに1人で勝手にしてしまい 早く 調剤を済ませたいと焦りました。すぐに気がつき 服薬される前に 交換でき問題にならなかったのが安心しました。	新患さんなどは 詳細な情報を聞き取らねばならないので少し 1人に係わる時間などが必要になります。薬局が 混んでいるときなどはそれだけで少し焦ってしまいます。また ジェネリック薬品の供給がすごく悪く常に調剤することに不安があります。それにしても調剤するときの流れは崩してはいけない事だと思いました。	調剤する前に レセコンに打ち込み情報・処方箋一式を見ながら調剤し 最後にもう一回ほかの目で確認するようにするというルールを再確認する。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	処方箋にはセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgの記載だったがセフジトレンピボキシル錠100mgで入力。監査時に入力の間違いを発見。入力者に間違いを指摘し修正した。	セフカベンピボキシル錠とセフジトレンピボキシル錠は名称が似ているため間違えた。忙しい時間帯と、あまり出ない薬だったため間違えて入力した。	名称類似薬の表を作成し、注意喚起した。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
40	セフカベンピボキシル100mg錠と入力するところ セフジトレンピボキシル100mg錠を誤って選択し誤入力	受付時間外の新規患者様同時にお2人受付 予定より診察終了が遅れお迎えの家族を待たせているため急いで欲しい。という背景一人目の入力がセフジトレンピボキシル錠だったため、2人目の入力を事務員が誤操作。監査時に薬剤師が気が付き、投薬前に訂正し未然防止できた。	繁忙であってもマニュアル通りの入力を行う。後発品の類似の薬名多いため手入力は避ける。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
41	処方約セフカベンピボキシル錠100mgのところ誤ってセフジトレンピボキシル錠100mgを調剤し患者に交付した。後に事務員がチェックで間違いに気がつき、服用前に患者に連絡した。	普段はセフジトレンピボキシル錠が処方されてセフカベンピボキシル錠の処方ではなかった。また類似名称の存在に気が付かないでセフジトレンピボキシル錠を調剤してしまった。	セフカベンピボキシル錠100mgを在庫し、類似品名の存在を従業員に周知させた。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	セフジトレンピボキシル処方のところをセフカベンピボキシルでピック 交付時に発見したため問題はなかったが注意が必要	繁忙 直前に両処方混在していたため	監査時に再確認 この事例の周知徹底	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
43	セフカベンピボキシル錠100mg 1日3回毎食後7日分 と処方箋に記載があったが、誤ってセフジトレンピボキシル錠100mgを調剤し、監査者に回した。監査装置を利用して交付前に気づき、患者に渡すことはなかった	セフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルとの名称が似ているため取り間違えた。セフジトレンピボキシルの処方頻度がおおいため、思い込みがあった	処方箋を確認し調剤することを徹底することとした	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
44	受付事務によるレセコンへの入力の際に「（般）セフポドキシムプロキシセチル100mg錠」を「（般）セフカベンピボキシル塩酸塩100mg錠」で入力する。調剤の際に薬剤師が入力の誤りに気づき修正する。	レセコンへの際に処方箋記載の医薬品、頭2文字の「セフ」とmg数「100mg」のみ確認し、合っていると思い込み入力してしまった。	抗生剤は類似名称も多い。また入力する際は3文字までは必ず入力し、きちんと確認するよう心掛ける。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフポドキシムプロキシセチル錠100mg「SW」		セフカベンとセフポドキシムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	一般名セフジトレンピボキシル錠100mgとセフジニルカプセル100mgと名称が似ていた為取り間違えたが、気が付きセフジトレンピボキシル錠100mgを調剤した。	一般名の類似	一般名処方が多くなっているの で、名称の再確認と監査。薬局内 で類似品等の再確認を行いました。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	セフゾンカプセル100mg		セフジトレンとセフジニルの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
46	処方ではセフジニルだったが、入力をセフカペンで入力したため、薬剤師が調剤時に気が付いた。	処方箋が先発名だったため、先発名を入力しレセコンの一般名検索機能を使って入力を行った。その際に同一成分での検索ではなく、同一薬効での検索を行い、自分で薬品名を選択した	先発品の変更調剤を行う場合は、同一成分での検索を行うとともに、薬品名が似ている薬の場合は監査上も注意を行う	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジニル錠100mg「サワイ」		セフカペンとセフジニルの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
47	ランソプラゾールOD15mg武田テバのところラベプラゾール10mg明治でお渡ししていた。棚卸でこの2剤の数が合わないことに気付き該当患者に連絡して発覚。すぐに正しいものに取り換えた。残薬がありまだ手を付けていなかったなので患者への影響はなかった。	名前の類似。ベテラン薬剤師で同種同効薬であると把握していたが、忙しい時間帯で焦りもあり調剤者、監査者ともにすり抜けてしまった。	改めて名前の類似医薬品を調剤室に掲示。忙しい時も慎重に調剤・監査することを徹底する。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」		ラベプラゾールとランソプラゾールの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	薬剤師が一人に対応時、店内も混雑していて、常連の患者で処方内容もほぼ変わらないため慣れと注意力が不足してしまい、またランソプラゾールを調剤した患者さんの後の投薬だったため、ラベプラゾール錠を出すつもりで、ランソプラゾールを出してしまった。患者さんに交付する際に本人に内容を確認してもらった際に、いつもと錠剤の色が違うことを指摘され発覚。1包化のため作り直すため、翌日際来店してもらい、翌日事務員が出勤した際に監査し、患者さんにも再度確認してもらい、交付した。	当日、事務員が休んだため、薬剤師が一人での勤務であり、お店も混雑時の1包化しての調剤でした。常連の患者で処方内容もほぼ変わらないため、慣れと注意力不足、一つ前の患者さんにランソプラゾールが出ていたので、ラベプラゾール錠と勘違いしてしまい確認不足で1包化してしまった。交付する際に、患者の前で薬剤と錠数を確認した際に、患者がいつもと錠剤の色が違うのに気づき発覚しました。 要因は、当日は入力から調剤、監査交付まですべて一人で行わざる得なかったため、また混み合ってしまったため、焦りも有起こしてしまった。 改善策としては、一人勤務の時は、時間のかかる患者さんは可能な限り、お預かりして翌日以降に取りに来てもらうか、配達するように心がけ、翌日等、事務員が出勤した際に監査するまたは、一人で監査する場合は、時間をおいて落ち着いた状況で監査、確認等出来るようにしたい。	改善策としては、一人勤務の時は、時間のかかる患者さんは可能な限り、お預かりして翌日以降に取りに来てもらうか、配達するように心がけ、翌日等、事務員が出勤した際に監査するか、一人で監査する場合は、時間をおいて落ち着いた状況で監査、確認等出来るように心がける。	ラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」		ラベプラゾールとランソプラゾールの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	午後の業務スタート時、一般名処方ラベプラゾール錠をランソプラゾール錠で投薬。5分後、誤投薬であったことが判明。すぐさま患者へ電話しご自宅を訪問し正しい薬剤と交換した。	午後業務スタート時の忙しい中で、薬剤師のシフト関係で調剤と投薬を同一の薬剤師が行った。忙しさの焦りと、慣れが原因である。	薬剤師のシフトの見直し。一人薬剤師の時間が生じないようにする。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」		ラベプラゾールとランソプラゾールの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
50	ロフラゼプ1?rが処方された患者に対し、ロフラゼプ1?rを間違えて投薬。投薬後、10日目に在庫チェックをした時に投薬ミスに気付き、薬剤を好感した。10日間服用済み。ロフラゼプも服用経験があり、錠剤の包装も似ていることからご本人もお気付かなかったとのことだった。服用中眠気が若干強いように感じたとのこと。	薬剤の名称、形態が似ていたこと、繁忙時間だったこと、等々に加え、類似薬げあったことも投薬ミスを起こしやすくしたかもしれない。	常に薬剤の名称確認を何度も繰り返し行うことを徹底するようにする。	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
51	ワイパックス1mgをGEに変更しロラゼパムをお渡しするところロフラゼパエチル1?rをお渡ししてしまったお渡し後 すぐにきずき お薬お取替えで 事故はなし	新しい薬で 在庫をさがしていて1mgと似ているものが見つかりてっきりそれだと思い込んでしまった	調剤監査をしっかりとやる 名称がにいている薬は 薬情の写真で確認などする	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「トーワ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
52	ロフラゼブ酸エチル錠1mgで調剤するところをロラゼパム錠1mgで調剤してしまった。	名称が類似しており、同メーカーを採用していた為錯覚を起こしやすい環境だった。	取り間違いを防ぐためにそれぞれ隣接しないように保管し、名称類似薬品があることを注意喚起するシールを作成した。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
53	一般名処方「ロフラゼブ酸エチル錠1mg」。調整者がロフラゼブ酸エチル錠1mgと「トーワ」のところロラゼパム錠1mg「サワイ」でピッキング。監査者・交付者（同人物）も気づかず、そのまま服薬指導。患者本人がいつもとシートが違ふと申し出発覚。	マイナートランキライザーとして同引出しに在庫。各医薬品ともに1患者のみに使用する医薬品。類似名称の印が必要。	各1患者のみの使用なので、薬歴に空箱のラベルやメモを付け、ピッキング時に目につくようにする。患者様にもわかりやすいようにシートの表を目につくように交付する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーワ」	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
54	【般】ロラゼパム錠0.5mg 1錠 頓服不安時 10回分処方入力している間、先にポリムス（ピッキングサポートシステム）を使用して調剤。ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」の隣にあったロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーワ」を誤ってピック。入力完了後ポリムスを照合した際にエラー音がでて監査開始前に調剤ミス発覚。	名称が似ており勘違い。処方箋枚数も多く焦っていた。引き出しも近くに管理しており誤りを起こしやすい状態だった。	引き出し内で少し離して管理する。名称の似た医薬品を注意喚起する必要あり。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーワ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	FAXは事前に頂くが、来局も早くほぼ持ち込みで来れるような患者様で1包化もあり早く準備しなければと思い事務と薬剤師で在庫準備開始しました。今回頓服で当該薬品が初めて処方されており、鑑査者が薬を準備してしまいました。	当事者の薬剤師の確認もれ、似たような名称の薬にも関わらず自分で薬を用意してしまったこと 1包化の鑑査もあり、患者様も待っているという気持ちから確認が甘くなったと認識しております。また頓服服用で初めて処方されたのもあり、投薬時に患者様も気づくことはなかったです。	自分で薬の用意は極力行わない、行ったとしても他人に確認してもらう。今回の事例を全薬局に情報として共有しました。現在は鑑査システムも導入されているので必ず使用すること	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の名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
56	10代の患者が母親と一緒に来局。ロフラゼパム錠1mgを交付した。約2時間後、母親から「薬袋にはロラゼパム錠1mgと記載してあるが、ロフラゼパム錠1mgが入っている」と電話あり。母親に再度来局して頂き、正しい薬へと交換した。	・ロラゼパム錠1mgは普段門前の医師が処方しない薬であったため、よく処方されるロフラゼパム錠1mgと思い込んでしまった・鑑査者（事務員）は錠数しか確認しなかった	・名称類似薬は薬品棚に注意喚起の札を貼る・鑑査時には薬品名まで照らし合わせる。合っているとはいえない。	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の名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	ロフラゼパム錠1mgのところをロラゼパム錠1mgを出した。	鑑査の機械がないため、目視での確認を2人以上でしていたが、混みあっていたので鑑査がうまくいかなかった。	名前が似ている薬があるので1文字づつチェックする。薬のケースに取り間違い注意のシールを貼りました。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mgの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	名称が似たもので間違えを起こしてしまった。	余りでない薬であり薬の名称になれておらず、無意識でピッキングした可能性があげられる	しっかりと名称を確認する	ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 m g 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
59	ロフラゼブ錠が一般名処方されていたが誤ってロラゼパム錠 1 m g をピックアップしてしまった。投薬前の監査で気づき訂正した。	混雑していたこともあり処方箋の確認がおろそかになり見間違えたまま正しいと思い込んでしまった。	ロフラゼブ、ロラゼパム両方のカセットに「薬品名類似注意」と書いたラベルを貼った。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 m g 「トーワ」	ロラゼパム錠 1 m g 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
60	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」処方のところロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を調剤して渡す。	類似名称による間違い。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」の棚に使用している患者名の蓋をして簡単に取り出せない様にした。	ロフラゼブ酸エチル錠 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ブ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	一般名処方、一包化の患者さんで、ロフラゼパ酸エチル錠1mgを調剤するところを誤ってロラゼパム錠1mgをばらして一包化してしまい、監査の薬剤師が間違いに気づき訂正した。	どちらの薬も当薬局では多く使われていない薬で、名称が類似しており、規格も同じ1mg、同じメーカーだったことから事務員が間違っそろえて気が付かないまま一包化をしてしまった。	類似名称の薬は徹底して注意喚起を行い、一包化の時にはバラしたシートを監査者に確認できるようにする。	ロフラゼパ酸エチル錠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酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
62	ロラゼパム1mgお渡しのところ、ロフラゼパム1mgを間違えて調剤し、気づかず交付。患者帰宅後発覚し、服用前に交換対応した。	該当患者の処方箋の他、ご家族の一包化の処方があり、お急ぎのため焦りがあった。該当患者のピッキングは交付者が行ったが、事務が監査したと思い込み、そのままお渡し。コミュニケーションが不足しており連携ミスがあった。	ロラゼパムとロフラゼパの摂り間違いがあったことを共有し注意喚起を行った。ロラゼパム1mgの服用は該当患者1人のみのため、箱に名前を記入。調剤後は監査の声掛けをしてダブル監査を徹底。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「SN」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
63	後日お受け取り予定で処方箋お預かり。（般）ロラゼパム錠1mgの処方をロフラゼパ錠1mgでピッキング。未監査のままであったの監査済みと思ってお受け取り時に十分に確認せずにお渡ししてしまう。定期的に行っている向精神薬の在庫確認時に在庫のが合わず発覚。患者に連絡をし服用前に交換。	後日お受け取りの場合も先に監査機で確認をし、監査済みと未監査のものの区別がつくように分かりやすく明記するようにする。お渡しの際も改めて確認をする。	後日お受け取りの場合も先に監査機で確認をし、監査済みと未監査のものの区別がつくように分かりやすく明記するようにする。お渡しの際も改めて確認をする。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	手書きの処方箋だったため、「ロフラゼプ（１）１錠、寝る前」を「ロラゼパム（１）１錠、寝る前」の区別が付きにくく、在庫の有無について当事者から発見者に確認があったため、処方箋を確認したところ、間違いが発覚したもの。	処方発行の医院は、手書き修正が頻発しているうえに、時々読めないような文字で記載されていることもあるため、要注意な医療機関であることを、薬局内で情報共有と注意喚起を継続している。また、手書きで記載されやすい薬もいくつかピックアップして、間違いの内容注意している。	QRコード以外での入力時は、入力ミスと薬の選択ミスに注意することと、QRコード処方ではないことが一目で分かるようメモするようにしている	ロフラゼプ酸エチル錠 1mg「トーワ」	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
65	2024年10月より選定療養費の開始のため、平素よりメイラックス錠1mgを服用している患者へ、その旨を説明。ジェネリック医薬品への変更を促した。その際、ロフラゼプ酸エチル錠1mg「サワイ」をピックアップするところを、ロラゼパム錠1mg「サワイ」を取り揃えてしまい、それに気づかずに交付。20日後、患者が体調不良を訴え、元のメイラックス錠1mgへ交換してほしいと来局。その際、今回のミスが発覚した。	向精神薬の棚に陳列しており、ロフラゼプ酸エチル錠1mg「サワイ」と、ロラゼパム錠1mg「サワイ」は隣同士だった。名称酷似、かつ隣同士という条件が揃ったのも要因と考えられる。	以前も、同事例があった（この場合は未然にミスに気づいた）かつ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」はデッドであったため、採用削除した。	ロフラゼプ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラゼパム錠 1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼプ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	ロフラゼブ酸エチル錠1mg 処方 のところ間違ってロラゼパム1mg をお渡ししていました。	・ 背景鑑査システムで照合をして いないまま、本人様と一緒に薬剤 確認せずに薬を渡してしまいまし た。患者様が自宅で娘さんと薬を 確認した際、間違っていることに 気付かれ、服用せずに間違った薬 を持って来局されました。そこで 間違っ渡していることが発覚。 謝罪して正しい薬に交換しまし た。 ・ 要因鑑査システムを使わずに鑑 査してしまった患者様との薬剤確 認をおろそかにしてしまった	鑑査システムを徹底して使い、患 者様と一緒に薬剤、錠数の確認を 行うよう徹底します。名前の似た 薬剤には注意喚起の印を薬剤棚に 貼り、必ず確認して薬を集めるよ う徹底します。	ロフラゼブ酸エチル錠 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ブ 酸エチルの名称類似につ いては、薬剤取違い事例 等が複数報告されている ことから、製造販売業者 等は医療機関へ注意喚起 を実施しているところ である。
67	【般】ロフラゼブ酸エチル錠 1mg2錠、分2朝・夕食後、14日分 処方のところ、誤ってロラゼパム 錠0.5mg「サワイ」を28錠調剤 し、調剤監査でも発見できずその まま交付。当日中、服用前に患者 様本人が気づき翌日FAXとともに ご連絡あり。誤って交付したロラ ゼパム錠を回収し、ロフラゼブ酸 エチル錠1mg28錠を確認して交 付。	当日は当局に初めてくる事務員が 応援に来ていた事、外来も立て込 んでいたこともあり普段とは違う 状況、焦り、慌てがあった。	今後は普段とは違う状況、外来の 立て込んでいる時であっても焦ら ず丁寧に処方監査・調剤監査等を 行い医薬品の適正使用に努める。 当局では処方入力と調剤したもの に相違が無いようバーコードを読 み込んでチェックする監査システ ムが導入されている。今回は外来 が立て込んでいたこともありバー コードスキャンを怠っていた。今 後はそういったシステムも確実に 活用していくことが重要だと考え られる。	ロフラゼブ酸エチル 1mg「SN」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ 酸エチルの名称類似につ いては、薬剤取違い事例 等が複数報告されている ことから、製造販売業者 等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
68	ロラゼパムとロフラゼパムを間違えてお渡し	ダブルチェックしていたにもかかわらず間違えてお渡し	薬を薬袋に入れる前に再度チェックする。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
69	ロフラゼパム酸1mgでお渡しするところ、ロラゼパム1mgでお渡ししており、患者よりお電話にて発覚。服用はされておらず正しいロフラゼパム酸1mgをお渡し。	土曜日の朝一に普段より忙しく慢心で調剤のミスに気付かずそのまま投薬してしまった。	ロフラゼパムとロラゼパムの薬はよく間違えることから特に注意が必要。			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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
70	当薬局にはロフラゼパム酸エチル1mgとロラゼパム1mgがあり、入力の際に最初の二文字で変換していた為誤入力していた。鑑査時に薬剤師が発見し、入力を訂正した。	最初の2～3文字が同じで規格も同じmg数の場合に誤入力が発生しやすい。	前回との比較で変更点はないか、新患の場合は声に出して読み上げることも必要である。鑑査時は薬品の写真と見比べたりすることでミスに気づくことができる。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「SN」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
71	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を調剤しなければならないところ ロフラゼパ酸エチル錠1mg「トーワ」を調剤した。	類似する薬効と薬品名であることと確認不足が要因。	薬品名が類似する同種同効薬の場合、その違いを理解することで正しく調剤できるようにする。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「トーワ」		ロラゼパムとロフラゼパ酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
72	ロフラゼパ酸エチル錠(1)「サワイ」とロラゼパム錠(1)「サワイ」を取り違えた。監査直前の処方箋と現物の照らし合わせの際に取り違いに気づき、正しい薬剤を調製した。	一般名の頭文字、規格、メーカーが類似していた。両薬剤共に向精神薬の引出に入っており、仕切りの位置も近くであった。手順書の不遵守があった。	同引出内かつ一般名の頭文字・規格・メーカーの類似があったため仕切りを大きく離し、目立つ様にシールを貼り注意喚起した。店舗全体で手順書について遵守出来ているか確認を行い、漏れがないか確認した。	ロフラゼパ酸エチル錠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酸エチルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
73	一般名：デュタステリドカプセル0.5mg：AV（前立腺治療薬）がAGA治療をされる方に処方されていた	薬品名を入力する際にデュタステリド：AVしかなく、医師がデュタステリド：AVとデュタステリド：ZAの二つの一般名があることをご存知なかった	同じ一般名でもメトホルミンなど、2成分あるものについてはしっかり確認している			アボルブカプセル0.5mg	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い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	ザガーロカプセル0.5mgの男性脱毛症の治療として処方あり。ジェネリック医薬品にて調剤する際に適応の異なるデュタステリドカプセル0.5mg AV「サワイ」にて調剤されていることを監査時に発見。男性型脱毛治療薬の適応のあるデュタステリドカプセル0.5mg ZA「サワイ」にて調剤しなおした。	同成分だが適応症が異なる薬があることに対する認識不足	上記医薬品棚を離して配置。前立腺肥大症・男性型脱毛症と適応を棚に記載し注意喚起した。	ザガーロカプセル0.5mg	デュタステリドカプセル0.5mg AV「サワイ」		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い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
75	デュタステリド錠0.5mg ZAで処方のところデュタステリド錠0.5mg AV「NS」で調剤しようとした。	ZAは男性脱毛症の自費薬AVは前立腺肥大症の薬価収載のある薬とこの知識不足。	自費薬、皮膚科の処方のときはAVで調剤しないように留意する。			デュタステリド錠0.5mg AV「NS」	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い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	カンデサルタン錠2mgでお渡ししなければならぬところ、カルデナリン錠2mgでお渡ししてしまった。名前が似ているため、調剤、鑑査ともに気づくことができず、患者様に渡ってしまい、全量60錠のうち25錠服用され、35錠回収した。	発生から発覚まで4週間経過したため、当時の記憶を鮮明に思い出すことができないが、日ごろから、投薬は、患者様に錠剤と薬情を見せて、もしも、誤調剤・誤鑑査していたとしても、患者様に気づいていただけるように、一緒に確認できるように心がけていた。薬歴を読み返す限り、薬情は発行されていることと、患者様のお話を良く聞けていたので、いつものように、投薬時も薬を確認しながらお渡ししていたと思われる。薬品名が3字以上同じことと、規格が同じなので、思い込みによる誤鑑査だったと思われる。	薬品名が似ている薬もたくさんあるので、処方箋と薬品と一致するかしっかり確認する。ジェネリック率が高くなっているため、先発のカルデナリンが調剤されていた時点で、何か気付くべきだったが、何も気づくことができなかった。今後は、今まで以上に確認をしながら調剤し、鑑査し、投薬時にも再確認と、最低でも3回の確認を怠らないように心がける。処方者が長期にわたる場合は、患者様が長く飲んでしまうので、さらに慎重な鑑査をしていく。誤投与の早期発見のために、発注時、調剤時など、日ごろから在庫の数を意識していく。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
77	当局初めての患者が来局。処方された一般名処方のカンデサルタン4mg口腔崩壊錠に対しカルデナリンOD4mgを誤って調剤し気付かず交付した。後日入院先の病院薬剤科よりお薬手帳を内容が違ふと連絡があつて発覚。患者とは連絡はとれない為薬剤科の方へ説明をお願いした。すでに患者は服用していたが健康被害は無かつたと伺ふ。尚処方医には報告した。	経験豊富な薬剤師が見落とししたのは忙しい時間ではあつた。また患者は今回から新しい病院にて処方変更があり当該薬剤は初めてだったので間違いにも気付くことが出来なかつた。	当日のその時間帯は薬剤師の人数が少なかつたのも原因の一つ。薬剤師の増員を開設者に求めた。	【般】カンデサルタン口腔崩壊錠4mg	カルデナリンOD錠4mg		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	患者が処方箋を持参。内容はクエン酸第一鉄を含めた8品目。2錠2×28日分の処方であった。薬剤師A(経験年数1年)は、クエン酸第一鉄Na錠を調整するのを誤ってクエンメット配合錠を調整し、投薬薬剤師に渡した。投薬薬剤師であるBが監査の際、処方薬のクエン酸第一鉄Na錠ではなくクエンメット配合錠が調整されていることに気づき、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはクエン酸第一鉄Na錠を正しく調整し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した。	クエン酸第一鉄Na錠とクエンメット配合錠は、名称、錠剤の色、大きさも似ており間違えた。また来局時間が混雑していたため焦りがあった。	調剤室に名称類似薬の表を貼り取り違い防止のため注意喚起をした。	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
79	当薬局を利用している患者が処方箋を持参頭文字3文字が同じだったこと、包装や錠剤の色が類似していたため、間違えてピッキングした監査の薬剤師が類似していることを認識していたので気が付いた	繁忙期であったこともあり、ピッキング時の確認不足類似薬の認識をしていたことが誤処方の防止につながった	薬剤の設置場所の変更薬剤棚に注意喚起を貼付するようにした	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「NIG」		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
80	一般名処方で クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤 との記載があり当薬局に在庫のあったクエンメット錠を調剤し患者様へお渡しした。投薬の際に患者さまがあまり納得されておられなかったことには気が付いていたが何もおっしゃらなかった為そのまま帰宅。患者さま本人が処方元のクリニックに問い合わせたところ、 クエン酸第一鉄ナトリウム の誤記であったと発覚した。	処方箋の通りに調剤し投薬した形だが、患者さまの違和感に気付いた段階でもう一步踏み込む必要があったと思われる。	患者さまともしっかりとコミュニケーションを取り、薬局内で処方せん の誤記に気が付ける環境づくりが必要。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称類似については、薬剤取 違え事例等が複数報告されていることから、製造 販売業者等は医療機関へ 注意喚起を実施している ところである。
81	クエンメット配合錠の処方を錠剤の色、大きさも類似しているためクエン酸第一鉄Na錠でピックアップ薬袋に入れるときに発覚、事なきを得た	忙しさと慣れがあった	ダブルチェックの徹底引き出しだ がなるべく箱に入れておくように 再度目視で医薬品名を確認しやす くした	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称 類似については、薬剤取 違え事例等が複数報告されていることから、製造 販売業者等は医療機関へ 注意喚起を実施している ところである。
82	処方箋の一般名記入に慣れていなく、でクエンだけ見てしまい、クエン酸第一鉄のとなりにあったクエンメット配合錠をピックアップミス	一般名処方が増えた事により、お 薬の数が多い場合は特に、処方箋 の記載名と読み違い。	処方箋の医薬品名を最後まで確 認、調剤だに類似名注意のシールを貼る。	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称 類似については、薬剤取 違え事例等が複数報告されていることから、製造 販売業者等は医療機関へ 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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
83	入力時の一般名のミス　やはり一般名処方　起きやすいと考える	入力時の確認不足による思い込み	患者様の疾患の理解が　重要です	トラセミド錠 4 m g 「K O」	トラゼンタ錠 5 m g		トラセミドとトラゼンタの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
84	フルイトラン（1）で処方されているところ、フルニトラゼバム（1）を調剤。	普段、精神科対応が多く「フル」だけをみてフルニトラゼバムを調剤してしまった。週に2度ほど入る店舗で焦りもでてしまった。	ビッキング後、鑑査にまわす前にもう一度確認をしてから鑑査にまわすことを徹底する	フルイトラン錠 1 m g	フルニトラゼバム錠 1 m g 「アメル」		フルニトラゼバムとフルイトランの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
85	はじめてグリミクロン錠の処方が出ていた。「口が乾く」「肝機能が低下している」など訴えあった。医師の指示だからこのままもらいたいと患者より要望されたが、一般的な糖尿病の治療・用量ではない事、血液検査で血糖値はあるがHbA1cの値がなかったことよりグリチロン錠の間違えではないかと思い疑義紹介をしたところ、医師の処方間違えであることが判明した。	監査、投薬時点で処方内容に疑いがあったため検査など詳しく聴取でき、疑義紹介ができたため防げた事例だと思う。	特になし			グリミクロン錠 4 0 m g	グリチロンとグリミクロンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
86	本来ラスビック錠75mgを調剤するはずが、ピッキング時にプラビックス錠75mgを取りそろえた。監査時に気が付かずそのまま患者さんに投薬された。その日の在庫数チェック時に数が合わないことが判明し、患者さんに連絡。間違って渡ったプラビックス錠75mgを、飲んでしまったことが判明した。	本来ルール上は薬剤師が2人でダブルチェックを行っていたが、発生時は業務多忙であり、もう一人の薬剤師が患者さん対応で監査できない状況であった。そのため、薬剤師1人のチェックにより、投薬されてしまった。ルールの遵守が出来ていなかった。	薬剤師は常に2人いるわけではないため、2人で確認ができないタイミングがある。その場に、ピッキングに関わっていない調剤事務がいれば、薬剤が正しいものであるかを確認してもらう。また誰もいなければ、写真を撮り戻ってきた薬剤師に確認してもらう。そうすることで、誤りがあった場合、素早く対応でき、調剤事故になる確率を少しでも下げることができる。また、ルールの遵守を定期的に呼びかけていく。	ラスビック錠 7 5 m g	プラビックス錠 7 5 m g		プラビックスとラスビックスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
87	類似名称による思い込みによるピッキングが行われた。ラスビックス 7 5 m g をプラビックス 7 5 m g をピッキングされていた。処方監査時に気づき、調剤過誤防止が出来た。	類似名称かつm g が同じであるため、注意が必要です	今回の事例を共有し、取り間違ったないように徹底した。	ラスビック錠 7 5 m g	プラビックス錠 7 5 m g		プラビックスとラスビックスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	患者が処方箋を持って来局。処方箋にはラスビックス錠75mg 1日1錠分1夕食後7日分と記載されていた。事務員（経験年数10年以上）が入力、ピッキングを行い鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師が処方箋と入力内容が異なることに気づき、薬剤の確認を行うと、ピッキングされている薬剤も誤っていることを確認。事務員へ誤りを伝えて入力、薬剤のピッキングをし直して再度薬剤師が鑑査。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	施設調剤も同時に行っておりかなり混雑している状態であった。施設の入力や調剤、鑑査にほかの従業員はあたっていたため、一般外来の入力、ピッキングを同じスタッフが行った。思い込みでそのまま業務をすすめてしまっていた。	薬局内の入力、調剤のマニュアルの再確認を実施。声出し、指差し確認など、基本事項が徹底されていれば防げた事例と考える。また、似た名前の薬剤リストに追加し、周知徹底を行った。	ラスビックス錠75mg	プラビックス錠75mg		プラビックスとラスビックスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
89	定期で来られる患者様に対して処方される薬を一包化して投薬する際に、頻尿の改善薬であるペオーバが処方されていたが、作成された一包化薬は、ペオーバではなく、ベタニスが入っていた。投薬する寸前に気が付いて、一包化のやり直しによって未然に防ぐことができた。	ベタニスとペオーバは、どちらも頻尿の治療に用いられる薬剤であり、医師によって頻繁に使い分けられることが多い。同じ適応を持ち、名前が少し似ているところから、認識ミスが起きたのではないかと考えられる。	一包化の作成時に、ヒートの状態で一度鑑査を行い、出されている薬に間違いがないことを確認してから作成に取り掛かりつつ、出来上がった分包品の中身についても確認をきっちり行い、2重チェックを行い、今後防ぐ。			ペオーバ錠50mg	ペオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
90	一般名処方で名称が似ており、D O 処方で入力されていた。処方箋チェック時に発覚、オーディット確認し間違った薬であることがわかり、患者様、D r.へすぐ連絡した。患者様はまだ服用しておらず全て交換した。	一般名で処方されており、入力がD O 処方では気付かなかった。薬剤師も、患者さまと次回検査の確認をし、その時に薬が変わる＆そのため処方日数が短いのだと思ってしまった。	D o 処方では危険であるため、Q Rコード読み取りを徹底してミスをなくすようにする。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
91	処方ではベオーバ錠50mgだったが、名称が類似しているベタニス錠50mgを渡してしまった	たまたまほかの患者さん数人にベタニス錠50mgの処方が連続していた。当該患者さんは前回ベタニス錠50mgが処方されており、今回からベオーバ錠50mgに変更していたが気づかずにそのまま前回DOでベタニスを投入し交付してしまった。	どちらも泌尿器科でよく出る薬であり、名称が類似、どちらも規格が50mgと紛らわしいため、カセッターを離れた場所に配置した。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
92	ベタニスを継続服用していた患者がベオーバに処方変更になっていたがベ行だけを見てしまいベタニスのDO処方と思い込んでしまった。	DO処方の思い込みと医薬品名が同じ「ベ」で始まるのでDO処方と思い込みやすい。	交付時には、会話での情報収集と薬を見せながら薬の変更はなかったかも聞き取る。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
93	ベタニス50mgからベオーバ50mgへ処方変更となっている患者に、ベタニス50mgでレセコン入力しベタニス50mgを交付した。	処方内容の確認不足、類似名称の把握不足	鑑査方法の見直し	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
94	一般名処方で、過活動膀胱の薬が処方されていたが、一般名が酷似している上に規格も同量だったので、当薬局でよく出る薬をピッキングしてしまった。当薬局では毎回在庫管理システムによる残数確認をしているので、事務員が残数の違いを指摘してピッキングミスに気付いた。	製品名では「ベタニス」「ベオーバ」と名称の勘違いは起きにくいものの、一般名になると「ピベグロン」「ミラベグロン」と一文字の違いになるため取り違えが発生した。規格量も同じなので間違いやすいと思われる。	今回は薬局の在庫管理システムのおかげで事前に取り違いに気付いたが、ピッキング者は薬歴なども確認して取りそろえるように徹底することとした。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
95	2 か月に 1 回の頻度で来局しており、他の薬と一緒に記載されている。5 年以上ベタニス錠50m g が処方されていたが、今回効果が不十分の可能性ありとしてペオーバ錠50m g に変更となっていた。最初に事務員が入力をベタニスとして誤り、薬剤師も最初の「ベ」と最後の「50m g」で普段から処方されているベタニス錠50m g と思い込み調剤・鑑査した。鑑査時は一人薬剤師のため、待合室の複数の患者を待たせていることから気持ちが急いでしまい、処方箋ではなく薬袋だけを見ながら鑑査してしまった。投薬時も、患者にいつもの薬であること、体調確認だけで済ませてしまい、患者も自身の用事で急いでいたので聞き流していた。自宅に帰り薬が変更になっていないことが発覚、そのまま薬局に連絡を入れ発覚した。	この日はたまたま一人薬剤師勤務で慎重に監査しなければならないのに、待合室がとても混雑しており気持ちが急いでしまった。、処方箋を見て声に出して確認していないことが根本的な原因と考えられる。	必ず処方箋を見て、読み上げながら鑑査を行う。一人勤務を回避できない場合、患者さんに事情を説明し調剤に時間を要する事と急いでいる場合は近隣の薬局を紹介するなどの対応を検討する。	ペオーバ錠 5 0 m g	ベタニス錠 5 0 m g		ペオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	一般名処方でミラベグロン錠50mg（ベタニス錠50mg）が1錠夕食後に処方されていましたが、ピベグロン錠50mg（ペオーバ錠50mg）を勘違いして調剤。別の薬剤師に確認してもらいましたが、気が付かず交付してしまいました。薬歴を記載中にそのことに気が付き患者様に電話をし謝罪。服用前に差し替えしました。	ミラベグロン錠とピベグロン錠は一般名が似ていると以前から思っていたのに、慌てていたためきちんと確認せず調剤してしまいました。改善策としては基本ですが、処方箋と薬の名前（一般名、商品名にかかわらず）を必ず間違えないかどうかを確認することです。	処方箋と薬の名前（一般名、商品名にかかわらず）を必ず間違えないかどうかを確認することのほかには特に似ている名前の薬はピックアップしておいて声を掛け合っ	ベタニス錠50mg	ペオーバ錠50mg		ペオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
97	ペオーバ50mgと記載しているにも関わらず、ベタニス50?rをピックアップした。泌尿器で50?rで頭文字を"ベ"でベタニスを考えてピックアップした。入力を終えた事務員にことなることを修正	規格が50mgで同じだったことや泌尿器で処方されていたこともベタニスが出てしまった要因	はじめの文字のみを見て判断することや思い込みがあることを考え、3文字は確認してから規格などを確認するようにする	ペオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ペオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
98	毎月定期的に来局の患者様で、一般名処方に記載されている処方箋を持参。今回（般）ミラベグロン錠50mgから（般）ピベグロン錠50mgに変更していたがいつもと同じと思い込みベタニス錠50mgを調剤。投薬時患者様から今回薬が変更になったと言われ再度処方箋を確認し、ペオーバ錠50mgに変更していることに気づいた。	毎月定期的に来局されている患者様で普段処方変更がなく安定されていたため今回も前回と同じと思い込み一般名処方の「ベグロン50mg」が同じだったため変更に関心しなかった。後発医薬品が存在しない先発医薬品の一般名処方あまり見慣れないため、類似の医薬品名の存在を認知していなかったため確認もおろそかになってしまった。	一般名処方の場合、類似した医薬品名が多数あるため一字一句間違いないか確認を怠らない。	ペオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ペオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	ベオーバ錠50が処方。ベタニス錠50をピッキング。交付前、薬剤師監査によって発見。正しい薬剤をピッキングし直し、交付した	ベオーバ、ベタニスが同一薬効であり規格も同一である。また、名称も類似していることから、確認間違いが生じたと考えられる。	薬品名の確認の徹底、処方箋と医薬品の突き合わせ実施。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
100	以前からベタニス錠50mgを服用、今回よりベオーバ錠50mgに変更されていた。患者には以前と同じお薬で特に変わらないみたいですねと説明。（渡した薬剤は変更されていたベオーバをお渡しした）お渡し後すぐにレセコン入力の間違いが発覚、自宅にTELするも繋がらなかったため、ご自宅まで出向き新たな薬情等をお渡しした。	薬剤の頭文字、力量も値が同じであり、かついつも定時ででてたお薬だった為、変更ないと思い込んでしまった部分があったと思われる。	定時薬にしても再度処方箋の確認（指差し確認等）を行い、再発防止につなげる。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
101	ベタニスが処方されていたがよく処方箋を確認せず 頭文字だけで ベオーバを調剤した。	立て続けにベオーバが処方されていたため 多くベオーバが出ているため思い込んでいた。	処方箋を薬品名だけでなく、名前日付 保険 処方内容、用法容量など すべて確認し落ち着いて調剤する。	ベタニス錠50mg	ベオーバ錠50mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
102	普段から前立腺肥大症で受診の患者	ベタニスとベタニスは商品名、規格など類似しており取り間違いが起きたと考えられる。	しっかりと薬品名を確認する	ベタニス錠 50 mg	ベオーバ錠 50 mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
103	一包化の方でベオーバ 50 mg が処方されていたが誤ってベタニス錠 50 mg で分包してしまう。監査者も気が付かずに関与してしまい患者家族より連絡があり発覚。服用前に確認して頂き連絡がありました。	剤形は全く違うが薬効、規格、名称が類似しておりベタニスの方がよくするために勘違いしてしまった。	薬袋や薬情等の写真と見比べて再度監査の徹底。	ベオーバ錠 50 mg	ベタニス錠 50 mg		ベオーバとベタニスの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
104	ベタヒスチンをピッキングする際に、誤ってペボタスチンを集めていた。当時は、忙しい時間帯であり、事務が薬を集めていた。薬剤師が確認したところ、ミスが発覚した	以前にも、薬剤師がピッキングした際に、ベタヒスチンとペボタスチンを誤ったケースがあり。名前が似ているのと棚が隣であったために、間違えた可能性あり。	処方箋をしっかりと読むことを再度徹底する。またベタヒスチンとペボタスチンは、隣にならないように変更した	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「日医工 P」	ペボタスチンベシル酸塩錠 5 mg 「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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
105	ペボタスチン、ベタヒスチン と類似の名称のため注意が必要であるにも関わらず注意を怠り間違っ て投薬してしまった	名称の類似と 間違いやすい注意の喚起の表示が必要である	間違いの注意表示	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
106	混雑している状況でピッキング調剤を行なった。投薬する薬剤師が監査台で確認してから投薬に向かったが、投薬途中で薬剤の間違いに気づき、その場で正しい薬剤を調剤しなおした。間違えた薬剤はベタヒスチン、正しい薬剤はペボタスチンで、一般名処方で名称が類似していた。	混雑している状況だったため、調剤者・監査者（＝投薬者）ともに確認が不十分だった。一般名処方 で、名称類似品、かつ耳鼻咽喉科でどちらも頻繁に処方される薬剤だった。	名称類似品が処方された場合、処方箋のコピーに丸付けをしたり声に出して読み上げたりして注意する。薬剤棚に「めまい」「アレルギー」と記載したシールを貼って注意を促す。何も考えずに調剤あるいは監査するのではなく、処方箋から患者さんの症状を予測しながら調剤などをする（→自ずとめまい薬かアレルギー薬か予測できる）。	ペボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナベ」	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
107	ベタヒスチンメシル酸塩錠の記載であったが医師の処方意図はペボタスチンベシル酸塩錠であった一般名の酷似のための処方間違えであり疑義行い変更依頼	10月からの選定療養のためレセコン選択画面が変更あるようで薬品選択時にミスが生じやすいと思われる	投薬時に患者の訴えから処方薬と訴えが相違ないか確認していく必要がある			メリスロン錠 6 m g	ペボタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
108	前回もらった薬にいつもと違うものが入っていたと患者様より報告があり発覚。ペボタスチン塩酸塩 10mg が処方されていたが誤ってペタヒスチン 6mg を調剤・投薬してしまっていた。服用前に気が付いたため服用しておらず健康被害はなし。	背景・要因としては、名称類似品であること、当薬局でペボタスチンがあまり処方されないことが考えられる。	調剤・監査時、名称・規格の確認を徹底する。投薬時の薬の確認をより念入りに行う。	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
109	ペボタスチンベシル酸塩錠 10mg を調剤すべきところ、誤ってペタヒスチンメシル酸塩錠 6mg をピッキング、ピッキングが誤っていることに気づかず一包装してしまった。監査の際に誤っていることに気づいた。	医薬品が類似している為ピッキング間違いあり。バタバタしていたこともあり、一包装する際にピッキングしてある医薬品と処方箋を確認せずに調剤してしまった。	類似医薬品がある事を周知する。ピッキング後、一包装時、それぞれの時点で処方箋と医薬品に誤りがないか確認するようにする。	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 「JD」		ペボタスチンベシル酸塩とペタヒスチンメシル酸塩の名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
110	ペタヒスチン 12mg の処方のところ、ペボタスチン 10mg の調剤間違い。監査時に間違いに気づく。	繁忙時であったことと、調剤者の経験が浅く、ペボタスチンの処方が多いがペタヒスチンの処方はなく、思い込みで調剤してしまった。	類似医薬品の周知の徹底。	ペタヒスチンメシル酸塩錠 12mg 「トーワ」	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
111	ペボタスチンメシル塩酸塩錠10?rを処方されていたがベタヒスチンメシル6?rで調剤していた	処方パソコンに入力した人と薬剤を集めた人が違った。集めてきたものをユニットに入れてしまった。	処方箋と指示書を再確認する。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
112	今回初めて来局された患者様がお薬手帳により新規の薬が出ていることが分かったので何か新しい薬が出ることを聞いていますかと尋ねたら、尿酸に関する薬が出ると聞いているとのことでしたので、クリニックへ疑義照会をして確認しました。結局はアロチノロールは間違いでアロプリノールを処方したかったという事でした。	新規で薬を出すときにアロチノロールとアロプリノールの選択間違いをしたようです。	新しく出た薬はどういった背景で出たのかを尋ねることによって、その薬がDRが本当に出したい薬であるかどうか確認する必要がありますので、何か新しい薬についてお聞きですかなどの質問をするようにしています。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
113	アロチノロール10mg錠が処方されたが、アロプリノール錠100mgを内服棚からピッキングしてしまった。	処方箋を確認しながらピッキングを行ったが、字面が類似しているため、アロプリノールだと思い込んでしまった。調剤と監査は別の薬剤師が行うため、監査者が気づき大事には至らなかった。	引き続き調剤と監査は別のものが行う。今回の薬剤以外でも、名称が類似している医薬品が多数存在するため、当薬局で採用している名称が類似している医薬品を再度ピックアップし、従業員全員の共通認識とし注意を図る。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーフ」	アロプリノール錠100mg「VTRS」		アロプリノールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	アロプリノールが処方されていたためピッキングしようとしたところ、アロプリノールの棚にアロチノロールの箱が入っていた。	名称が似ていること、共に沢井製薬を採用しているため箱の外観も似ているため誤って入れたと思われる。	名称が似ているものは各棚に「名称確認」と注意喚起の札を貼る。	アロプリノール錠 100mg 「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠 100mg 「サワイ」		アロプリノールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
115	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」を112錠調剤しなければならないところ、アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」が12錠、アロプリノール錠100mg「アメル」が100錠調剤されていた。調剤後、受付事務がバーコード監査システムを用いて確認をおこなったが、アロチノロール12錠でバーコードを読み取っていた為、取り間違えに気がつかなかった。交付前の鑑査にて100錠束の取り違いに気がつき、患者の元に交付されることは無かった。	繁忙であった。調剤者が調剤をした後、確認を怠っていた。バーコード監査システムを用いる際に、たまたま合っていたバーコードを読み取ってしまった。2薬品の棚の位置が近かった為、棚の戻し間違いをしている可能性があった。	2薬品の薬品棚の位置を離した。バーコード監査システムを用いる際に、数と物の確認もするよう周知した。薬品棚に薬を戻す際に確認するよう再度周知した。	アロチノロール塩酸塩錠 100mg 「トーワ」	アロプリノール錠 100mg 「アメル」		アロプリノールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
116	10品目程度の処方箋。アロチノロール処方のところ調剤者がアロプリノールを調剤。監査者は前回からの処方変更の確認や他剤で規格違いの調剤ミスなどには気が付いたが、アロプリノールは見落とした。患者帰宅後、違いに気が付き薬局への確認の連絡があり、発覚。	調剤者は月に数回程度しか勤務していない職員だった。多忙な時間帯だった。他のミスをみつけて少し気が緩んだ。	複数人での確認の徹底。調剤者も調剤済とする前に再確認する。複数ミスが混在することを念頭に、一つ一つ確実に監査をする。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	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名称類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
117	薬棚の隣同士に配置しており、慣れで取り間違えてしまった。監査で投薬薬剤師が気が付き交付に至らなかった。	忙しさと慣れによるものと思われる。	薬棚の配置を変えて、改めて名称・規格を確認する。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロプリノール錠10mg「ニプロ」		アロプリノールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
118	新規薬剤としてマイスタン5mgが処方箋にのっていたので、ご家族に「てんかん」は持っていないと確認。その後、処方元に疑義紹介し、マイスタンではなく「マイスリー5mg」と間違えたと、Drより報告あり。	カルテでオーダーする際に「マイス」と3文字入力をしてしまい、マイスタンとマイスリーを間違えたのではないかとと思われる。	新規薬剤に関して、薬歴や患者様（患者家族）から新規薬剤について聞いているか確認する。	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名称類似については、薬剤取換え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
119	いつも利用がある患者様いつも服用されていないマイスタン錠5mgが処方されていた。門前病院では通常処方されない薬であり、てんかんの既往もない方のため不審に思い、患者さんとお話し。患者さんはゾルピデム錠5mgを手持たれており、「以前勤めていた病院でもらっていた、この薬を先生に頼んだ」言われていた。マイスリーで処方しようとしたのではないかと思ひ疑義照会。病院側の入力ミスであったことが発覚し、マイスリーへ処方変更となった。	病院側の入力ミス	今回は調剤前確認で発見できた。そのため門前病院の処方傾向から普段処方されない薬に関しては、しっかりと患者と確認する。			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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
120	処方箋にマイスタン錠5m g が記載されていた。てんかんのある患者であった為に勘違いした。薬剤を交付する時、患者の話と処方内容が、違うために疑義照会した。マイスリー錠5m g であることがわかった。	処方医の入力間違いであったが、患者にてんかんがあった為に調剤時に間違いに気づかなかった。	マイスリー5m g とマイスタン5m g はミリ数も同じで名前が類似していたために間違い易い為にマイスリー5m g は向精神薬の配置場所に入れている。マイスタン5m g は棚の配置場所に赤字の印を付けるようにする。	マイスリー5m g	マイスタン5m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
121	新患へのマイスタン錠 5 m g の処方でしたが、医師が今までマイスタン錠を処方したことがなかったため、念のため確認したところマイスリー錠 5 m g を処方したつもりだったと確認が取れました。	医薬品名の最初の 2 文字、3 文字が同じ薬が処方されたときは本当にその薬で間違いがないか確認する。	特に新規の薬、新患への処方、どのような症状でその薬が処方されているかしっかりと確認することも大切だと情報共有しました。			マイスタン錠 5 m g マイスリー錠 5 m g	マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	前回までカナグル錠100mgが継続で処方されており、今回からカナリア配合錠に変更になっていたことに気付かずカナグル錠100mgで調剤、交付してしまった。その10分後位に薬歴記載時に調剤ミスに気付き、急いで患者に連絡。薬局の近くにお住まいだったため、交換及び薬袋、薬情、明細書を再替えにお伺いし、深くお詫びした。明日の朝から切り替え予定だったため、幸いにもまだ今回処方分を服用してはいなかった。	投薬した薬剤師が風邪による体調不良で、集中力が低下していた。また、投薬時に患者に血糖値を確認した結果、順調に下がってきているとのことだったので、処方変更なしでも違和感なく調剤してしまった。	体調不良時は、他の薬剤師に調剤及び投薬を変ってもらう。薬品名を、一字一句しっかりと確認する。投薬時、処方変更なしで間違いないか、患者ともしっかりと確認する。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
123	一包化調剤を行う患者。処方予定の薬剤は前回処方を参考にピッキング済みであった。（事前に錠剤鑑査機に登録済）処方がカナリア錠からカナグル錠に変更になっていたが、事前に取り揃えていたカナリア錠のまま一包化調剤を行ってしまった。投薬時に、患者よりカナリア錠も変更になる旨を聞き取り、調剤ミスに気付いた。	事前の鑑査機のデータを確認するとカナリアのみ登録エラーになっており、当日の処方のデータと合致していなかった。調剤者：カナリアとカナグルを取り違えたまま、目視登録を行い、そのまま一包化調剤を行ってしまった。処方当日は追加の薬剤があり、それには意識を向けていたが、カナリア錠がカナグル錠に変更になっていたことを見落とした。鑑査者：薬剤名が類似しており、頭文字2文字で判断しミスに気づけなかった。	・事前の監査システムへの登録の際に、取りそろえた錠剤の種類と登録された薬剤の種類が一致しているか確認することをルールに加えた。 ・可能な限り目視登録は控え、ヒートのバーコードをバーコードリーダーにて読み取ることとした。 ・目視登録の場合は、別の調剤者にダブルチェックの声掛けを行う。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
124	常用薬として処方ビッキングの時点でカナグルをカナリアと読み間違えて調剤。監査者もそれに気が付かず、そのまま投薬。投薬時、本人にも見せて確認したが、本人も気が付かず、そのまま帰宅。その日の夕方、糖尿病治療薬の棚卸をしているときに数が合わないことが発覚。本人の自宅に電話をして翌日、薬をお取替えに伺った。	処方箋枚数は津城と変わらなかったが、一包化の処方が多い日で、スタッフにも余裕がなかった	間違えやすい薬剤について、再度、スタッフ間で確認。注意すべき薬剤を確認した。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠		カナリアとカナグルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
125	スピオルトレスピマットの処方に対し、スピリーバレスピマットと読み間違えてスピリーバレスピマットで調剤、投薬。投薬後に誤りに気付く患者へ連絡。患者が使用する前に交換に伺えた。	繁忙であった。薬剤名が類似していた。薬剤棚がスピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットが隣に配置していた。	患者の予製用のシートに「スピリーバレスピマット注意」とマークにて注意喚起した。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
126	スピオルトレスピマットの処方があったが、誤ってスピリーバレスピマットを調剤しお渡しした。	棚の中で手前にスピリーバがあり、奥にスピオルトレスピマットがあったため、目についたのがスピリーバでありそれを手にしたことが要因	どちらも目に付く形で配置し、名前類似注意の注意書きをつけて注意喚起の対策を行った。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
127	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投薬。	スピオルトレスピマットの存在を 知らず、似通った名前の知ってい る薬剤を投薬してしまった。	薬品名の再確認	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 トの名称類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者等は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところであ る。
128	スピリーバが処方されていたの に、スピオルトを調剤してしまっ た。	在庫の数量を確認していて間違い に気づいた	薬剤名称の確認をしっかりとする	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 トの名称類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者等は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところであ る。
129	患者は他院での継続薬を希望。お くすり手帳、マイナ保険証の持参 がなく、医師が口頭で薬剤使用歴 を確認しスピリーバを処方した。 薬局来局時に薬剤師が薬剤の実物 を見せるとキャップの色が異なる とのこと。詳細に聴き取りしたと ころ使用中の薬剤はスピオルトで あることが発覚。処方医へ疑義照 会しスピオルトへ変更となった。	薬剤服用歴を確認する手段がない 場合の、患者と医療従事者とのコ ミュニケーションによる齟齬が要 因。	実物を見せたり、残薬があればそ れを持参して頂くなどで薬剤服用 歴を確実とすることが重要	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 トの名称類似について は、薬剤取違い事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者等は 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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
130	8/27の9：00にスピオルトレスピマットの処方があり、スピリーバレスピマットを誤って調剤、監査、投薬してしまった。9/11に患者より連絡あり過誤が発覚。1回分使用してしまっていたが、体調変化なし。正しい薬剤をお渡しした。	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットは名前も外観も似ており、薬効の違いを正しく理解する事、注意力を高める事が必要である。	過誤を起こさないように、確実に監査を行う。会社としては監査システムを導入していく。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
131	当該患者は、スピリーバレスピマットを処方されていたが、誤ってスピオルトレスピマットを調剤した。後日、スピオルトの在庫数がシステムと一致しなかったことから、当該患者に電話にて確認したところ、誤調剤が発覚した。手持ちが残っていたため、まだスピオルトは未使用の状態であったため、健康被害は生じなかった。すぐに正しいスピリーバをお送りし、誤って調剤したスピオルトは回収した。	名称・形状が似ているため、取り集めの際も、鑑査・投薬の際も誤りに気づけなかった。他の薬も多かったため、投薬の際に患者との確認が不十分だった。	この事例について周知徹底する。レセコンで注意喚起を表示させる。投薬の際に色の確認などをする。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
132	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入の処方であったが、スピオルトレスピマット60吸入をピッキングする。監査をしていた薬剤師が気づきスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入にし、患者さんに渡す。	名称が似ているため、取り違えた。	慌てずよく確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
133	当薬局は初めての患者さんで、ルパフィン錠10mgが1錠 1日1回 朝食後の処方であった。投薬時に症状等について確認した所、前から血糖値が高いと指摘されており、下がってこないで今回から血糖値を下げる薬を飲んでみようと言われたとの事。アレルギー症状について確認した所、特にないと言われた。糖尿病の薬のルセフィと間違えたのではないかと思ひ疑義照会した所、ルセフィ錠2.5mgの間違いであると回答がありました。	単純な入力間違いであると考えられる。	患者さんの症状に対して適切な薬剤が処方されているかどうかの確認は毎回きっちりと行わなければならないと改めて認識しました。			ルパフィン錠10mg	ルセフィとルパフィンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
134	一包化する際にタケキャブではなくタケルダ配合錠を誤って分包してしまった	名称が似ていたことと、監査が繁忙だったため錠数しか確認していなかった。	繁忙なときでも刻印を確認して中身を確認することを徹底する。	タケキャブ錠 10 mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
135	目まいの訴えがある患者さんにジェフェニドール錠25mgとクエチアピン錠25mgが新規処方。患者さんに聴取した後、クエチアピン錠の処方意図不明であったため、疑義照会。イフェンプロジル錠20mgに変更。	セロクラール（イフェンプロジル）とセロクエル（クエチアピン）を間違えて処方したと推察。	臨時処方や新規処方等の際、患者さんへの聴取、問診票・薬歴の確認、他の薬剤師との情報共有により誤投与を未然に防ぐ。			セロクエル25 mg 錠 セロクラール錠 20 mg	セロクエルとセロクラールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
136	かかりつけの患者であった。今回新しく糖尿病内科からノルバデックスが処方された。常日頃から来局されていた患者だったが乳がんの既往は確認したことがなかったこと、専門外からの急な処方だったため、患者にDrとの診察内容を伺ったところ血圧の内容を診察中に話したとのことだった。このことからノルバスクとの処方誤りが高いと考え疑義照会に至った。	かかりつけ患者だったため患者背景を詳細に把握していたこと、専門外からの処方だったこと、最近血圧コントロールがうまくいっていないと患者から相談があったことから類似名称品の処方ミスに気づくことができた。	処方箋からだけでなく、患者背景を把握した処方解析力も必要なため、日頃からしっかり患者とコミュニケーション取る事を心掛ける。類似名称品リストを作り交付ミスを防ぐ。	ノルバデックス錠 10 mg	ノルバスク錠 10 mg		ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
137	ノルバデックス10m g錠が処方されていたところ、ノルバスク10m g錠で調剤してしまった。名称が酷似しているための取り違えであるが、監査時に気づく事ができた。	名称が似ている薬剤については、調剤棚に注意の札を貼付している。店舗の内規にも記載している。	過誤につながる取り違えがあった際は、スタッフ全員に周知し、再発を防いでいる。	ノルバデックス錠 10 m g	ノルバスク錠 10 m g		ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
138	アレロック 5 m g が処方箋に記載されていたが、調剤者が誤ってアテレック 5m g を調剤した	繁忙の時間であったため、調剤者には焦りがあった。急いで調剤したため、思い込みによる間違いをした	調剤者と監査者を別々の人間で行い、ダブルチェックを徹底する	アレロック錠 5	アテレック錠 5		アレロックとアテレックの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
139	選択した医薬品の取り間違え	慣れによる思い込み忙しさによる必要手順の削減	処方箋内容と、選択した薬剤の確認の徹底監査システムの導入	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
140	処方箋にアスペノン20mg記載されていたが、13歳の中学生であり、心疾患の既往もなく感冒症状で受診と患者様に確認できたため、病院に薬品名記載誤りではないかと疑義照会実施。アスピリン錠20mgの入力間違いであることがわかった。	処方せんの薬品名入力時、アスピリンではなくアスペノンと入力間違えたと思われる。	必ず処方内容と患者様の症状があっているか投薬時に確認徹底する。	アスピリン錠20	アスペノンカプセル20		アスピリンとアスペノンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
141	アスピリン錠10mgを調剤するところ、類似する名称のアスペノンカプセル10を間違えて入力していた。薬剤師が交付前にミスに気がつき、アスピリンの正しい名称で入力しなおしたため患者へと交付はされなかった。	類似薬のため「アスヘ」で入力すると双方が出て来てしまう。	今回の症状は風邪だった為、風邪でアスペノンカプセルが出ることは無いことを改めて薬剤師同士で共有。事務にも伝えた。	アスピリン錠10	アスペノンカプセル10		アスピリンとアスペノンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
142	通常の薬に加えて臨時処方あり。カルボシステインとアプリジン塩酸塩カプセル7日分アプリジンカプセルがアスペノンカプセルであり、アスピリン錠と名称が似てゐるため患者に確認したところ風邪の薬も出してもらったとの事なので処方間違いを疑い照会したところアスピリン錠に変更となった。	レセコンの予測入力でしっかり3文字まで入れて検索をかけていれば入力間違いが防げた事例です。	日頃から名称の似ている医薬品は特に注意をもって調剤・鑑査する。	アスペノンカプセル10	アスピリン錠10		アスピリンとアスペノンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
143	処方箋を受け取ったが、エクセラーゼ配合錠が製造中止となりエクセグランと記載となった。	製造販売中止後、医療機関がまだ使用できると思い込んでいた。	製造中止の薬剤は医療機関への連絡。			エクセグラン錠100mg	エクセグランとエクセラーゼの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
144	テグレート100mgの処方のところをテオドル100mgを患者さんに投薬してしまった。患者さんが気がついて電話連絡をいただき、お薬を交換しました。今回はお薬を飲まれる前であったため、影響はないと判断しました。	類似の薬品名の薬剤を間違えて投薬してしまった要因として、繁忙のため焦りが生じた可能性が考えられます。	類似の薬品名のお薬は再度、薬の形状等を再確認しました。今後は名前だけで判断するのではなく、お薬の形状、PTP包装の違いなども意識するように改善いたします。	テグレート錠100mg	テオドル錠100mg		テオドルとテグレートの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
145	カルバマゼピンの一般名処方でテグレート調剤のところ、過去歴参照時にテオドルに読み間違えて集薬し、監査者、交付者も気が付かなかった。	慣れ	監査を徹底する。文字が読みにくい時は、気を付ける。	テグレート錠100mg	テオドル錠100mg		テオドルとテグレートの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
146	テオドール200mgで調剤しなければいけないところ、誤ってテグレートール200mgで調剤してしまった。	名前が類似しており、規格も同じだったことが調剤ミスに繋がってしまった。	テグレートールとテオドールは名前が類似しており、規格も同じで調剤ミスに繋がりがやすい。薬局スタッフ間でしっかりこのミスを共有していく。それぞれの棚に注意喚起の表示を付け、調剤時に意識することで同じ間違いが起こらないようにする。自己監査の徹底をする。	テオドール錠200mg	テグレートール錠200mg		テオドールとテグレートールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
147	A病院で該当患者入院中に【般】タクロリムス水和物が分2、12時間毎で処方開始となった。退院後は、定期で処方になっていたB病院へ処方引継ぎへ。B病院では、グラセプターカプセル0.5mg、分2、12時間ごとでの処方記載となっていた。グラセプターカプセルは、徐放性製剤のため分1が基本の服用であるため、プログラフカプセルの間違いではないかと疑義照会。疑義照会の結果、プログラフカプセル0.5mgへの変更となった。	・A病院退院時処方からのB病院への引継ぎがうまくいかなかった。 ・【般】タクロリムス水和物が出ていたため、プログラフかグラセプターの判断が困難になった。	・プログラフとグラセプターは、いずれも成分は「タクロリムス」であるが、徐放性製剤か普通製剤かをしっかり理解する。 ・一般名記載の際には、製剤選択に十分に注意する。			グラセプターカプセル0.5mg プログラフカプセル0.5mg	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、製造販売業者等は製剤の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。

**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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
148	手書き処方箋で一般名処方クロチアゼパム(5)と記載されるべきところ、クロナゼパム(5)と記載されていた。薬歴からクロチアゼパムの記載間違いではないかと思い患者に確認。病院に問い合わせした。	手書きの一般名処方類似のものとの記載ミスが多い。	薬歴、お薬手帳の確認。患者からの聞き取りの徹底。	リボトリール錠 2 m g	クロチアゼパム錠 5 m g 「日医工」		クロチアゼパムとクロナゼパムの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
149	4 4 歳男性、既往症のない患者様に前立腺肥大治療薬のクロルマジノン酢酸エステル錠 2 5 m g が処方されていた。受診の理由を尋ねると、「しゃっくり」とのこと。吃逆に適応があるクロルプロマジン錠 2 5 m g と間違えて処方している可能性があるため、疑義照会し、処方ミスであったことが判明した。	一般名クロルマジノン錠 2 5 m g とクロルプロマジン錠 2 5 m g が類似しており、かつ 2 5 m g の規格も同じであり、処方の際に選び間違えてしまったと推察される。	処方箋通りに薬を渡せばよいのではなく、患者背景、患者からの情報収集を的確に行い、処方内容を監査すること。	クロルマジノン酢酸エステル錠 2 5 m g 「タイヨー」	クロルプロマジン塩酸塩錠 2 5 m g 「ツルハラ」		クロルプロマジンとクロルマジノンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
150	女性に対して前立腺肥大・前立腺がんの薬が処方されていた為、即時疑義照会を行った。また、患者さまの主訴としては、眠れないということだったので、処方薬は該当しないと判断した。疑義照会をおこなったところ、コントミン糖衣錠 2. m g へ変更となった。	コントミンの成分名が、「クロルプロマジン」となっており、処方薬のクロルマジノンと名称が類似していることから、誤ってしまったと考えられる。	処方薬の適正な処方意図を考慮して、適宜疑義照会を行う等、適切な服薬管理を行う。	クロルマジノン酢酸エステル錠 2 5 m g 「タイヨー」	コントミン糖衣錠 1 2. 5 m g		クロルプロマジンとクロルマジノンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
151	ミルナシبران15mgを処方するところ、ミルタザピン15mgで処方。	医師が処方入力を誤ったと思われる。D o 内容で、前回のデータをそのまま引っ張るだけで良いと思われたが、なぜか薬剤が変更となっている。誤ってデータを消して、再入力した可能性あり。	前回処方内容からの変更を患者と相互に確認している。また就寝前にもミルタザピンの処方があり違和感を持ったため疑義を行った。	ミルタザピン錠 1 5 m g 「明治」	ミルナシبران塩酸塩錠 1 5 m g 「サワイ」		ミルタザピンとミルナシبرانの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
152	「サラゾピリン錠 5 0 0 m g 2 錠 1日2回朝・夕食後」が新規での処方、他5種類の薬剤の処方がありました。患者様に話を伺ったところ、関節リウマチはあるが、潰瘍性大腸炎などの腸炎はないとのこと。処方医に疑義照会したところ、関節リウマチで処方したかったとの確認が取れ、「サラゾスルファピリジン腸溶錠 5 0 0 m g」に変更になりました。	「サラゾスルファピリジン錠」と「サラゾスルファピリジン腸溶錠」の違いについて、確認が十分ではなかった可能性が考えられます。	類似した名称で適応が違う薬について今後も注意し、疑問が生じた場合は疑義照会する。	サラゾピリン錠 5 0 0 m g	サラゾスルファピリジン腸溶錠 5 0 0 m g 「C H」		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
153	整形外科からの処方。今回より他の整形外科から転院で新規処方。今までサラゾスルファピリジン腸溶錠を服用していた患者にサラゾスルファピリジン錠が処方された。患者は消化器症状での受診はしていない。	薬剤名の類似	類似する薬剤名の把握、適応症の把握	サラゾピリン錠 5 0 0 m g	アザルフィジン E N 錠 5 0 0 m g		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
154	新患で、前病院からの転院にて継続処方とのこと。おくすり手帳を拝見し監査を進めていくと、前病院ではサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgを服用していたのにもかかわらず、今回はサラゾピリン錠500mgが処方になっており、また、新患表にて確認すると、関節リウマチの治療継続中と記載があったため、処方誤りに気が付いた。すぐ疑義照会を行い、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgへと変更になった。	名称類似に伴う処方ミス	名称類似医薬品の一覧や、その適応について共有する	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
155	以前までアザルフィジンEN錠500mgが1錠分1朝食後で処方されており、今回から一般名処方のサラゾスルファピリジン錠500mgが4錠分4で処方された。今回から腸溶錠から普通錠に変更になっており、用量も増量していたため疑義照会を行った。疑義照会の結果、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの分1朝食後に変更になった。	今回から一般名処方になっており、医師がパソコンで一般名を選択する際に普通錠を選択してしまったものと考えられる。腸溶錠ではサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg4錠は用量が通常量としては過量のためだが普通錠では500mg4錠は通常量であるため、そのまま通常量の入力をしてしまったものと考えられる。	過去の薬歴と比較して変更点を確認している。投与量が通常量より多ければ投与量エラーの表示がでるようになっているためより注意して確認している。	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
156	在宅診療へ変更した患者様、当薬局へは約1年ぶりの来局。処方箋よりサラゾスルファピリジン錠が処方されていた。お薬手帳より服用歴を確認したところ、前回はサラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されていたことを確認した。患者様のご家族様に症状をお伺いし、本人ではないため症状を把握していなかったが腰痛や便秘があることを確認し、潰瘍性大腸炎ではなく関節リウマチではないかと判断した。電話にて疑義照会を実施し普通錠から腸溶錠へ変更となった。	機械による処方箋への入力ミスと考えられる。	剤形により適応相違があることを社内研修より定期的に情報共有している。また、お薬手帳より併用薬や服用歴について確認し薬歴に記載している。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		サラゾスルファピリジン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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
157	「【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg：GL 4錠 朝夕食後」で処方が来たところで、最大量750mgのため医師へ疑義照会。「メトグルコ錠500mg 2錠 朝夕食後」へ変更になった。	「【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg：GL」で継続していた患者。医師も薬剤の特性を考えず、安易に増量指示としてしまった。	同じ成分の薬でも剤形により適応、使用量が異なるため、注意が必要である。同成分の薬剤で適応、使用量の違う薬剤もあることを知っておくことが知識として必要。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「JG」		メトホルミン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	グリコラン250mgを1日4錠で処方されていた。1日最大服用量を超過していたため処方医療機関に疑義照会を行ったところ、メトホルミンMT錠250mg 1日4錠へ変更となった。	前回までグリコラン250mgを1日2錠で服用しており、同じ薬剤のまま増量の処方を行ったため	添付文書の確認			グリコラン錠250mg	メトホルミン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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
159	2型糖尿病で治療中の患者にレバグリニド錠0.5mg「サワイ」3錠毎食後14日分が追加処方されていた。投薬時患者からの聞き取りで「悪心、胃部不快感があるので薬を追加してもらった。」と聞き取り、処方内容と齟齬があったため疑義照会を行ったところ、レバミピド錠100mg「オーツカ」3錠毎食後14日分に変更となった。	レバグリニド錠とレバミピド錠の薬剤名が類似しているため、処方入力時に誤って入力したと推測される。また糖尿病内科での処方では、レバグリニド錠の新規処方では珍しくないため見逃した可能性がある。	新規で処方された際は適応症や投薬時の聞き取りで処方内容と齟齬がないかを確認している。また鑑査時は毎回、二重に鑑査を行っており、規格や剤形等の確認も行っている。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「オーツカ」		レバグリニドとレバミピドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
160	レバグリニド錠が新規で処方されており、窓口で患者主訴として、食べ物が喉を通らないという情報を得て、お薬手帳を確認したところ、他院でレバミピド錠が半年前に処方されていた。患者に確認した所、自分は糖尿等は全く無く、胃腸薬を希望していますとのことだったので処方医へ確認。レバミピド錠とレバグリニド錠の処方ミスであった事が発覚した。	推定される要因としては、処方箋入力時の薬品名の選択ミスと確認不足が挙げられる。	お薬手帳の確認と、窓口での患者本人とのコミュニケーションが重要	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「Me」		レバグリニドとレバミピドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	クロピドグレルが処方されていたが、患者さんは「安定剤が追加になる」と医師より聞き取っていた。疑義照会したところ、クロピドグレルからクロチアゼパムに変更になった。	処方箋オーダー時に誤った候補薬剤を選択した。処方箋発行後の確認を怠った。	患者問診・コミュニケーションを大切にしている。	クロピドグレル錠 25 mg 「SANIK」	クロチアゼパム錠 5 mg 「日医工」		クロチアゼパムとクロピドグレルの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
162	虚血性心疾患の治療をされている患者様に、今まで一硝酸イソソルビドが処方されていたが、今回の処方では硝酸イソソルビドが処方されていた。患者様本人は、変更などは伺っていなかった為、病院に確認して一硝酸イソソルビドに変更になった。	類似薬品名の為	前回処方などを確認して、変更の旨を聞いているかを確認する。	硝酸イソソルビド徐放錠 20 mg 「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠 10 mg 「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
163	初来局の患者様で処方箋受付時に処方箋とお薬手帳を確認したところ、今回から処方元が変更となっていた。お薬手帳にて、前回までは一硝酸イソソルビド錠 20mg が処方されていたが、今回受け付けた処方では硝酸イソソルビド徐放錠 20mg であった。疑義照会したところ、一硝酸イソソルビド錠 20mg に変更となった。	類似名称の薬剤に対する確認不足が要因と思われる。	今回のような硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドなど類似名称で注意が必要である薬剤について、社内報で薬局内に周知している。また、処方元に変更があった場合や退院時処方を比較し、相違点について患者が医師から説明を受けていない場合には疑義照会をするよう、日常的に他の薬剤師にも声掛けをしている。	硝酸イソソルビド徐放錠 20 mg 「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠 20 mg 「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
164	84歳男性。胆石で一時入院されていたが、退院後担当医のところへ戻ってきた。その際の処方が、以前は「一硝酸イソソルビド錠20mg」が処方されていたが、今回の処方では「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」が処方されていた。今回の入院は心疾患は関係なく、お薬の変更についても特に説明なかったということだったため、処方内容について疑義紹介を行った。その結果、「一硝酸イソソルビド錠」に処方変更となった。	処方医あるいは医院スタッフの入力ミスか確認不足	転院の患者様に対しては、必ず転院前処方との相違（手帳等確認）、転院の経緯、医師との会話など、しっかり情報収集を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠10mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
165	他病院にて処方されていた薬剤を特養入居をきっかけに処方元を変更。アイトロール錠20mg（【般】一硝酸イソソルビド錠）ではなく【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgで入力されていた。転院時の診療情報提供書を確認したところ、入力間違いの可能性ありと判断し、疑義照会。結果、正しい薬剤に変更になりました。	新規入居者の情報の共有不足	特養への新規入居者の情報を病院・特養・薬局の3者と連携し、情報を共有することが重要。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
166	該当の患者さんは一硝酸イソソルビド錠20mg2T2×で定期服用していた。併用薬多数あり、一包化していた。残薬調節のため朝の薬30日分、夕の薬35日分で処方された。その次の受診時、一硝酸イソソルビド20mg2T2×に戻すはずが、硝酸イソソルビド20mgで処方してしまったとのこと。薬局では処方箋通り調剤、監査してしまったが、投薬時に薬が変わっていることに気が付き疑義照会し、作り直してお渡しした。	薬品名が類似している。	前回と処方内容が変わっている場合は、患者さん、ご家族、処方元等に確認する。一包化の場合は調剤前に確認するようにする。	(般)硝酸イソソルビド徐放錠 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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
167	処方病院への前病院からの紹介状に一硝酸イソソルビド. 20mgではなく 硝酸イソソルビド. 20mgと記載のため訪問指示書にも硝酸イソソルビド. 20mg(ニトロールR)と記載され処方。3回眼の訪問で、残薬を一包化するためにお預かりした所、残薬は一硝酸イソソルビド. 20mgであった。そのため、処方病院に確認 一硝酸イソソルビド. 20mgであることが判明 ニトロールR20mg →一硝酸イソソルビド. 20mgとの指示 薬を変更して持参 (残薬を使用)	訪問患者であるため、処方医との連携が、密であることが必要。可能であれば紹介状等を見せていただき、情報の共有の必須と思われる。今回は前医からの情報提供書内に、一硝酸イソソルビド. 20mgと 硝酸イソソルビド. 20mg が混在していた為起こった症例ではあるが、情報をうのみにせず確認が必須であると感じた。	処方医との連携が、密であることが必要。可能であれば紹介状等を見せていただき、情報を多方面からいただくようにした。	ニトロールR カプセル 20mg	一硝酸イソソルビド. 20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
168	病院が遠いため近くの病院に変更した。処方箋には硝酸イソソルビド徐放錠20mgが処方されていたが、おくすり手帳には一硝酸イソソルビド錠20mgが記載されていたため疑義紹介	名前が似ていたため間違えて処方箋に記載したと思われる。ご家族が薬は変わらないと話していたので間違えている可能性が高く、疑義紹介の結果正しい薬剤をお渡しすることができた。	薬局内でもミスを防ぐため、間違えやすい薬剤の一覧を作成し注意喚起。また併用薬などおくすり手帳の確認を怠らないようにする	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
169	前回処方まで硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg が処方されていたが、今回より一硝酸イソソルビド錠20mg の処方に変更。患者聞き取りで処方を変える話はなかったそう。医療機関へ疑義照会ご、入力誤りにて前回同様硝酸イソソルビド徐放カプセルへ変更になった。	名称類似	処方変更時は入力者が調剤者へ処方に変更されている旨を伝言するようにしている。	一硝酸イソソルビド錠10mg 「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg 「St」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
170	セフカベンピボキシル塩酸塩錠1回200mg分3毎食後の処方が出ており、難治性の場合でも1回150mg分3のため、過量の疑義紹介を行った。医師はメリアクトで処方したかったとのこと、セフジトレンピボキシル塩酸塩錠に変更になった。	抗生剤など難治性の投与量をきちんと把握する必要がある。特に名称の似た医薬品に間違われることが多いので、注意を要する。	抗生剤の投与量の幅について、全職員が把握できるようにする。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」		セフカベンとセフジトレンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
171	今までメイラックス錠1mgで処方されていたが今回（般）ロラゼパム錠1mgで処方されており、患者は処方変更について何も聞いていらず疑義をしたこと（般）ロフラゼパ錠1mgに処方訂正された。	類似名称の選択ミス	よくミスを起こすクリニックなので普段から処方監査は慎重に行っている。10月から一般名処方に切り替えているので、類似名称にも気を配っていた。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
172	当薬局を初めて利用する患者が処方箋を持参、カルデナリン錠4mg、アムロジピン錠5mg、フロセミド錠20mgが処方されていた。患者からの聞き取りで手術を機会に転院した。これまでの薬も処方してもらえることになっているがオベ後、血圧が高いので薬を増量することになったということがわかった。薬手帳にはこれまでの病院でカンデサルタン錠4mg、アムロジピン錠2.5mgが処方されており数日前から今回の処方医よりフロセミドが処方されていることが確認できた。疑義照会したところカルデナリンがカンデサルタンに変更になった。	カンデサルタン4mgと入力するところカルデナリン4mgと入力したと思われる	薬手帳や患者からの聞き取りなど処方箋以外の情報を収集し、処方内容に間違いがないか確認していく。薬手帳を持っていない患者には有用性を説明し持参していただくよう働きかけていく。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「あすか」		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	当薬局を初めて利用する患者が処方箋をもって来局した。ドキサゾシンメシル酸塩口腔内崩壊錠4mg分1朝食後で60日分処方されていた。当薬局に在庫がなかったため発注しようと思い、今まで服用していた薬か、ジェネリックを服用していたか、口腔内崩壊錠を服用していたか、などお聞きした。お薬手帳を出されたため確認したところ、手帳シールはなく、手書きでカンデサルタン4mgと記載があり、直近は「前回と同じ薬60日分」とだけしか記載がなく、わかりづらかった。(おそらくその病院は院内処方だったのではないかと思われる。)改めて患者にお聞きしたところ、「この病院には初めて受診した。」「同じ薬でお願いしてるんですけど…」と言われたため、疑義照会して医師に確認したところ、カンデサルタン錠4mgへ処方変更となった。	お薬手帳に記載されていたカンデサルタン錠4mgをカルデナリン錠4mgだと思い込み、カルデナリン錠の一般名処方のドキサゾシンメシル酸塩口腔内崩壊錠4mgを処方した。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかを確認していく。	カルデナリンOD錠4mg	カンデサルタン錠4mg「ニプロ」		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
174	平素よりカンデサルタン錠8mgを服用中の患者様に、カルデナリン8mgで処方されていた。調剤者が、カルデナリンの用量に疑問をいだき、薬歴等を確認し、間違えに気づき疑義照会した。カルデナリン8mgからカンデサルタン8mgに変更へ。	頭の3文字が類似していること、医師の処方せんの内容の確認不足	調剤時にも処方監査を行い、違和感があれば薬歴等を確認する。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠8mg「三和」		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
175	脳梗塞の既往および非弁膜性心房細動で治療継続中、他院からの紹介で今回基幹病院受診し当薬局に初回来局。処方薬の一つにカルデナリン錠4mgあり、調剤前にお薬手帳を確認すると、カンデサルタン4mgが継続されており、今回より変更となっていた。病態に対する治療の整合性もなく、患者にヒアリングすると薬剤変更のムンテラもなし、処方元に疑義照会した結果、カンデサルタン4mgに修正となった。	類似薬名の処方間違いと推測	調整前に手帳やヒアリングで処方内容の妥当性を判断するという、基本に則った業務を継続した結果と推察。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「あすか」		カンデサルタンとカルデナリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
176	初来局で他院からの継続処方。ウロカルン錠に続き一般名でクエン酸第一鉄ナトリウム錠が6錠分3毎食後で処方されていた。お薬手帳を確認したところ、他局からはウラリット配合錠が処方されていたが本日処方されていなかったことと、用法用量から薬剤名の間違いを疑い疑義照会を実施。	ウラリット配合錠の一般名処方ではクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム錠、フェロミア錠の一般名はクエン酸第一鉄ナトリウム錠であることから病院の事務員が処方箋を入力する際打ち間違えた可能性が考えられた。	類似した医薬品名は他にもあることから、処方入力の仕方によっては今後も同様の間違いが起こると想像される。薬局でもお薬手帳や薬剤服用歴などの確認を徹底し、病院の受付とも情報共有していく。	フェロミア錠 50 mg	クエンメット配合錠		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメットの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
177	風邪で受診した患者への聞き取りのなかで利尿剤が必要になる症状が見当たらなかったことと、利尿剤の用法として適切ではなかったことから、主治医に疑義照会を行った。その結果、スピロノラクトン錠からスピロベント錠への変更となった。	主治医が処方せんへの入力時に、類似名称の薬剤と間違えたと思われる。	類似した名称の薬剤があることを念頭において処方を行い、投薬時にも丁寧なインタビューを心がける。	スピロノラクトン錠 25 mg 「日医工」	スピロベント錠 10 μ g		スピロノラクトンとスピロベントの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
178	患者が処方箋をもって来局。咳、鼻水の症状を訴える患者に【般】スピロノラクトン錠25mgの処方あり。パート薬剤師がそのまま調剤・投薬。投薬後、管理薬剤師が処方箋を確認し、症状に対して処方がおかしいと判断し、疑義照会。医師はスピロノラクトン錠を処方したつもりであったとのこと。確認後、患者の保護者に連絡し、間違いを謝罪。すぐに気づいたため、まだ服用しておらず、保護者が来局され、正しい薬剤と交換した。	スピロノラクトンとスピロノラクトンの名称が似ていたため、間違えて処方されたと思われる。投薬した薬剤師は利尿剤であることを把握していたが、鼻水が止まらないという訴えに利尿剤を使うことがあるかもしれないと判断した。	間違いを共有し、少しでも処方内容に疑問点が生じた場合は、疑義照会するよう確認した。	【般】スピロノラクトン錠 25 mg	スピロノラクトン錠 10 μg		スピロノラクトンとスピロノラクトンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
179	循環器内科からトラセミドの追加処方あり。患者様のお話では、むくみはなく、血糖が高いとの指摘があったとのこと。トラセミドとトラゼンタの誤りの可能性があるため疑義照会を実施。HbA1c6.5→7.5に増	薬剤名類似	新規追加薬がある場合は、患者様がどのような説明を受けたか確認、検査値から追加薬が妥当か検討	トラセミドOD錠 4 mg 「TE」	トラゼンタ錠 5 mg		トラセミドとトラゼンタの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
180	トランデート錠50m gが新たに処方され、血圧の薬が追加されると患者に説明したところ、自分は血圧が高くないと言われ、トラネキサム酸錠250m gが処方削除になっていた事もあり医師に疑義照会したところトランデート錠50m gとトラネキサム酸250m gの入力間違いだった。	似た薬品名が多いため、処方箋を入力する時は1文字1文字を確認して入力すること。	投薬時、薬が前回と同じか、または違う薬が出てる場合はどの様に薬が違うかを患者に伝え、処方内容が変更されて良いか同じで良いかを確認しながら投与する。	トランデート錠 5 0 m g	トラネキサム酸錠 2 5 0 m g 「Y D」		トラネキサム酸とトランデートの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
181	トランデートとアドナ錠が処方されていた。新規患者のため、問診票で詳しく聞き取りをしていたところ、高血圧と指摘されたことがないと伺った。トランデート錠の適応に該当しないため、別の薬剤ではないかと考え、疑義照会を行った。	3文字で入力した際に誤った薬を選択したと考えられる。	患者から詳しく聞き取りを行う。	トランデート錠 5 0 m g	トランサミン錠 2 5 0 m g		トラネキサム酸とトランデートの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
182	当患者にトリクロルメチアジド錠 1m g が就寝前で投与されていたので、朝食後の間違いではないかと思い、疑義照会。医師はフルニトラゼパムを処方したかったそうで、フルとカルテに打って間違えてフルイTRANを選択してしまったようだった。	医師は先発名で処方入力しているよう。似た名前の薬に変更になっている。入力時のミスが原因と思われる。	初回の薬で少しでもおかしいと思ったら疑義照会をするようにしている。	フルイTRAN錠 1 m g	フルニトラゼパム錠 1 m g 「アメル」		フルニトラゼパムとフルイTRANの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
183	新規の患者様で整形受診後に当薬局利用。整形から抗悪性腫瘍薬であるメソトレキセートが処方されていた。当薬局に在庫がなかったこともあり事務員から薬剤師へ相談。処方間違いを疑い疑義照会をして、本来はメソトレキサートを処方する予定であったことが判明。	病院での電子カルテ入力システムで似たような名称の薬剤をクリックしたのではないかと考察される。	たまたま整形から抗悪性腫瘍薬の処方されたため違和感に気づきやすかったが、内科からの処方であればあり得る事なので、新規患者であったこともありお薬手帳の確認や患者様からの詳細聞き取り等を大事にしなければならない。	メソトレキセート錠 2. 5 m g	メソトレキサートカプセル 2 m g 「サワイ」		メソトレキサートとメソトレキセートの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
184	アレルギーリウマチ内科からの処方、免疫抑制剤の変更がありメソトレキセートが入力されていたが、当薬局にはこの薬が存在していないため事務員が患者様に在庫がないことを伝えた。患者様は明日から飲むように言われているから困るといったため、発見した薬剤師に事務員が相談した。メソトレキセートの適応が白血病であることと、フォリアミンが処方されていることからメソトレキサートと間違えてるかもしれないと疑義照会を行った。その後メソトレキサートに変更になった。	5 0 音順に薬品名がでてきて、下にあったメソトレキサートとメソトレキセートを誤って選択してしまったのではないかと考えられる。	新規処方薬は必ず適応・用法用量を確認するようにしている。	メソトレキセート錠 2. 5 m g	メソトレキサート錠 2 m g 「あゆみ」		メソトレキサートとメソトレキセートの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
185	退院後の投薬、グリミクロン3錠 毎食後記載、糖尿の既往歴もな かったので問い合わせを行う。グ リチロンの入力間違いであること が判明。	商品名が似ているため、思い込み での記載ミスと思われる	特に初めて、あるいは久しぶりの 患者さんの薬の手帳を含めた病歴 などの確認の強化	グリミクロン錠40mg	グリチロン錠		グリチロンとグリミクロ ンの名称類似について は、薬剤取違え事例等が 複数報告されていること から、製造販売業者等は 医療機関へ注意喚起を実 施しているところであ る。
186	20歳男性にベタニス錠25mgが 処方された。生殖可能な年齢の患 者への本剤の投与はできるだけ避 けることと添付文書警告欄に記載 あり。患者家族に生殖器への影響 等の説明を受けたかうかがったと ころ、受けていないとの返答があ り、疑義照会を行った。その結 果、ベオーバ錠50mgへ処方変 更となった。	処方する側の知識不足、もしくは 同じ「ベ」から始まる名称であり 薬品名の入力間違いか。	店舗内での事例の共有薬品の箱へ 注意喚起の札をつけた。	ベタニス錠25mg	ベオーバ錠50mg		ベオーバとベタニスの名 称類似については、薬剤 取違え事例等が複数報告 されていることから、製 造販売業者等は医療機関 へ注意喚起を実施してい るところである。
187	ペモリン50mg処方あり。服薬 指導時になぜ追加になったかお伺 いすると頻尿だった為疑義照会。 ペモリン50mg→ベタニス錠5 0mgへ変更となる。	最初の文字のへから薬剤を誤って 入力したと考えられる。	患者から聞き取りを行い処方に関 連がないように努める	ベタナミン錠50mg	ベタニス錠50mg		ベタナミンとベタニスの 名称類似については、薬 剤取違え事例等が複数報 告されていることから、 製造販売業者等は医療機 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）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
188	レキサルティ2m gを初めて処方。OD錠しか流通しておらず初回量としても2m gは多いため疑義照会。定期の処方でレキソタン2m gを使用しておりそれを入力したつもりだったらしくレキソタン2m gに変更。	コンピュータ上でレキソまで入力するつもりがレキサになってしまったと思われる。	処方された薬の使用量と流通状況などを把握しておくことと今までの使用履歴などと照らし合わせることで大事だと思われます。	レキサルティ錠2m g	レキソタン錠2		レキサルティとレキソタンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
189	レキサルティOD1m gを服用の方が今回から増量になると聞いていたが、処方がレキサルティが削除となりプロマゼパム錠で処方となっていた。	医院での一般名でカルテ記載の際、プレクスビプラゾールとプロマゼパムを入力間違えたためと考えられる。	患者様との会話時に処方との相違があった場合は積極的に医院へ疑義照会実施しています。	プロマゼパム錠1m g 「サンド」	レキサルティOD錠1m g		レキサルティとレキソタンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
190	在宅施設に新しく入居された患者様に施設担当医が前医の処方を引き継いで処方した際に、アロプリノール100mgを処方しなければならないところアロチノロール10mgを処方。薬局より薬を初回持参した際にお薬手帳、服用中の薬を確認したところアロプリノールの服用中であり処方医に確認したところアロチノロールを間違えて処方してしまったことが発覚。持参薬に余裕があったのでお渡し前に変更が可能で、服用期間も感覚があくことなく健康に被害がなかった。	医師の確認ミス。	持参前に服薬情報などを施設スタッフ、患者様、ご家族様に詳細に確認する。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「JG」	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
191	定期的に来局している患者。初来局時の初回質問票にて気管支ぜんそくに○あり。アロチノロールの禁忌に気管支喘息があるため患者さんにも話を伺うと、血圧や心臓などの循環器系の疾患で薬を出してもらったわけではないと返答された。そのため疑義照会を実施。アロプリノールの誤りであった。	アロチノロールとアロプリノールの名称が類似している。10mgと100mgも見間違いやすい。	その患者が初めて服用する薬について添付文書を必ず確認する。気管支喘息など禁忌が多い疾患に関しては薬歴の目立つ位置に「気管支喘息」と記載する。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」	アロプリノール錠100mg「トーワ」		アロプリノールとアロチノロールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
192	平素から当薬局を利用いただいているが、当時、以前からのかかりつけ病院からの処方とは異なり別病院から処方されており、新規にマイスタン5 m g が処方されていた。投薬時にヒアリングした際にてんかんの診断は特にされていないとのことを聴取した。疑問に思い病院に疑義照会を行ったところ、カルテ上にもてんかんの記載はなく、医師に確認したところ、マイスリー5 m g の処方間違いということが分かった。お薬手帳には、マイスリー5 m g は以前から継続で服用していたため、医師の処方内容確認不足による誤処方とわかり、誤投薬を事前に回避できた。	薬剤類似名称による処方薬間違い 医師の処方内容確認不足	新規で処方されている薬剤に関しては、投薬時ヒアリングにより疾患や病態、症状を確認するように努めている。その際に適切な薬剤が処方されているかどうか同時に確認を行っている。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
193	他の病院から転院された患者さん。こちらの薬局に初めて来局。お薬手帳を確認したところ、いつもマイスリー5 m g が処方されている方に、マイスタン5 m g が処方されていた。疑義紹介したところ、処方箋入力に誤りがあったとのこと。	マイスタンとマイスリーで名称が似ていたことで、過誤につながったと思われる。	今後もお薬手帳を活用していきたい。特に転院になった際は薬剤名のほかにも1回量や用法を誤ることもあるので、注意深く鑑査したい。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
194	初回でマイスタン錠5mg追加。カルテ上既往歴にてんかんがなく、てんかん薬の使用歴なし。医師に疑義照会してマイスタン錠削除となった。	以前からマイスリー錠を服用中。マイスリーと間違えてマイスタンで入力した可能性あり。	声出し監査を継続し、引っかかった部分があれば疑問を抱く。解決するまで踏みとどまるように意識する。あまり処方されない医薬品も日頃から薬学的知識を身に着ける。			マイスタン錠 5 m g	マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
195	マイスタン錠 5 m g が処方されており、調剤しようとするが在庫がないため患者に話を聞きにいった際に、てんかんの既往がないこと。話の辻褄も合わないため、疑義照会。処方ミスでマイスリー錠 5 m g であることが判明。	マイスまでが同じため、誤ってマイスタンを選んだものと思われる。	患者への聴取をしっかりと行い、おかしいと思えば必ず疑義照会を行う。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
196	他病院から転院し、今回問題となった病院からの処方せんを持参。お薬手帳を確認した際、内容はほぼ同じであったため前病院の継続薬の処方と推測されたが、一部マイスリーがマイスタンで記載されていた。患者に確認したところ、薬の変更は告げられておらず入力ミスの可能性があったため、病院へ疑義照会。マイスタンはマイスリーの誤りであったことが判明した	当該患者の処方入力病院にとって初回だったため、薬品入力の際に類似した名前の薬剤を選択してしまったものと思われる	来局された背景やお薬手帳の内容等、基本的な情報の確認を常に怠らないようにする	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
197	マイスタン錠10mg 1錠/不眠時の処方せんが届いた。患者は肺がんで脳転移も疑われている状態だったため、けいれん発作予防も疑われたが、服用時の指示が一致しないことから、処方誤りを疑い疑義紹介した。結果、【般】ゾルピデム錠10mgの処方箋が再発行された。	マイスリー錠とマイスタン錠の名称類似	処方全体を見て、指示が不適切と考えた。状況から指示誤りも考えられたが、どちらにせよ疑義紹介を必要があると判断。結果、処方誤りを防ぐことができた。	マイスタン錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「サンド」		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
198	マイスリー5mgを継続服用中の患者様にマイスタン5mgが処方された。患者様薬変更の自覚無し。	処方入力時「マイス」で検索した。	類似名薬品の情報共有	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
199	施設患者の往診病院が今回から変更。今までは院内調剤だったが、病院変更に伴い院外処方へ変更。施設看護師より前回までの薬剤情報文書を提供してもらっていたので変更点を確認していたところ、前回 マイスリー錠5mg 2錠/眠前 → 今回 マイスタン錠5mg 2錠/眠前 と記載があったため疑義照会。前回と同様のマイスリー錠5mgに変更になった。	今回から病院が変更になり、処方医も変更になった。変更前の病院も今回の病院も銘柄名処方であった。最初の3文字が同一の為、間違いが起りやすい医薬品である。	自薬局でのヒヤリハット事例の作成、掲示。GS-1コードを用いた調剤過誤防止システムの採用。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
200	透析患者に初めてマイスタン錠5mgが処方された。今まで処方されたことがなく、てんかんの薬でありながら、用法が不眠時であったことから病院へ疑義照会を行ったところ、マイスリー錠5mgと間違えていたことが発覚した。	先発の名称がマイスタンとマイスリーで前半分が似ているため、パソコン入力時に選択を間違えた。もしくはうろ覚えの名称で入力されたため、間違えたものと思われる。	マイスタン自体は不眠時でも使用することはあるが、保険上不適正な場合は疑義照会を行う。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
201	マイスタン5mg不眠時10回分が処方されていた。マイスタン5mg⇔マイスリー5mgのオーダーミスの事例はかねてより周知されており、用法不眠時…という点からもオーダーミスを疑った。疑義にてマイスタン5mg→マイスリー5mg不眠時10回分に変更となった。	両薬剤とも、頭の3文字が同じであるため、処方オーダーミスが起こりやすい。	患者へ症状の聞き取り、新規の薬剤についてはどのような症状で服用するのか…聞き取りを都度行っていく。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
202	以前別の医療機関でもらっていたマイスリー錠 1 0 m g の処方を医師に希望したがマイスタン錠 1 0 mgが処方されていたため、問い合わせ。医師の処方誤りであることが確認され、処方変更となった。	類似名称薬剤で医師が処方の入力を誤ったため発生したものと思われる	今後も投薬時、患者様の認識と処方内容の付け合わせを行って処方ミスの発見に努める	マイスタン錠 1 0 m g	マイスリー錠 1 0 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
203	新患者、てんかんの病歴はなく、不眠の訴えが問診票に記載されており類似名称薬品の処方誤りと判断し照会し変更となった	3文字以下の入力検索を行っている可能性	入力は4文字以上で検索をするルールとしている	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
204	マイスタン5mgが処方されていたが、てんかんの既往はなし。本人の聞き取りから眠れないから薬を出してもらったと処方間違いを疑い疑義した。	医薬品名が酷似しているため、処方間違いが起こったと思われる。	処方変更があった場合、必ず本人、家族に聞き取りをし、つじつまが合わない場合は必ず疑義照会をする。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「サワイ」		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
205	マイスタン5だけ処方された患者。当薬局では初処方で投薬時に「初めて飲むのか。てんかんがあるのか。」聞くと「以前も飲んだことがある。登山時に山小屋で飲む」と回答があり、ゾルピデム5の服用歴を確認した。マイスタンとマイスリーの処方間違いを疑い、医師に疑義照会してマイスリー5に処方変更になった。	マイスリーとマイスタンの類似薬名の選択ミス	特に初処方時には患者へ聞き取りをしっかりと行い、症状と処方薬が合っているのか確認してから投薬する。また類似名称薬品についてはある程度は知っておく必要がある。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
206	平素からマイスリー錠5mg処方されているが該当処方時はマイスタン錠5mgが処方されていた患者に確認した所薬剤の変更は無いはずと聞き取り、疑義照会を行い処方箋の入力ミスであることが判明した	類似名称、規格が同一の薬品であったため	使用薬剤等処方内容が変更があった時は患者と確認を取っている	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
207	医師よりマイスリー10mgから5mgに減量指示があったが、処方箋はマイスタン5mgとなっていた。疑義照会しマイスリー5mgに変更となった。	処方箋入力時にマイスリーのところマイスタンを入力していた。	疑義が発生した場合、必ず処方医に問合せしている。	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
208	マイスタン5m g が処方されていたがマイスリー5m g の間違いだった	類似名称の為3文字検索で選択を誤ったと思われる	お薬手帳や薬歴の服薬状況からマイスリー服用歴と現病歴、患者様からの聞き取りを行った	マイスタン錠 5 m g	マイスリー錠 5 m g		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
209	通常、毎回ゾルピデム錠10mgが頓服で5日分処方されているところ、今回はゾルピデム錠10mgではなく、〔般〕クロバザム錠10mgが処方されており、適応症が不眠ではなく、てんかんであることから、処方監査を担当した薬剤師が、不審に思い、疑義照会。結果、処方ミスであり、普段の処方通りのゾルピデム錠10mgに変更となる。	先発名で処方入力をした場合、マイスリー錠10mgと、マイスタン錠10mgで、マイスの3文字まで同一文字であるため、処方オーダーリングシステムで、誤入力があったと推察される。また、一般名に変換されて処方されているため、ミスの発見が困難になっている。また当該患者の処方薬剤数が10剤以上と多く、見落としがあったと考えられる。	定期処方の患者に処方変更があった場合、確認するようにしている。とくに適応症や用法が合わない場合は、積極的に患者への聞き取り、疑義照会をしている。一般名処方の場合は、先発名も併記して、処方ミスではないか確認するようにしている。また事例を薬局内で共有し、再発防止に努めている。	マイスタン錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「サワイ」		マイスリーとマイスタンの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
210	スピオルトレスピマットが処方されていたが、アドエアも同時に処方されていて、薬効重複するため確認したところ、以前から使用していたスピリーバの間違いだったことが分かった。	スピオルトレスピマットとスピリーバの名前の類似や、処方内容の確認不足が原因と考えられる。	2種類以上の吸入薬が処方されている時は、薬効重複がないか確認する。使用歴なども確認し、名前の類似等疑わしい点があれば、しっかり疑義をする。	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
211	レルベアとスピオルトレスピマットを合わせて処方。成分重複のため併用禁忌。	スピリーバを出すべきところ、誤ってスピオルトが処方された。電子薬歴では併用禁忌の旨の記載があったのにも関わらず、見逃してしまっている。	電子薬歴にて、併用禁忌のポップアップを確認する意識を高める	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
212	当薬局を初めて利用された患者さんでルパフィン錠10mg 1日1回1錠 朝食後の処方であった。服薬指導時に症状等について確認した所、血糖値が下がらずに今回から薬を飲むようになったとの事。アレルギー症状等について確認するが特に無いと言われる。疑義照会した所、ルパフィンからルセフィ錠2.5mgに変更となった。	単純な入力ミスであると考えられる。	症状に対して、適切な薬剤が処方されているかは毎回確認しなければならぬと改めて認識しました。	ルパフィン錠 10 mg	ルセフィ錠 2.5 mg		ルセフィとルパフィンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
213	投薬中にステントの術後にタケキャブが処方されていることが分かり、タケルダ配合錠との間違いではないかと思い疑義照会した。その後、タケルダ配合錠に変更になった。	類似医薬品名であること	類似医薬品名の共有	タケキャブ錠 20 mg	タケルダ配合錠		タケルダとタケキャブの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
214	久しぶりの来局。退院時処方で当局に来局。おくすり手帳を見ながら医師入力も入力誤りあり。(患者聞き取りより)本来はセロクエル処方予定だったが、セロクラール処方であった。	医師の入力ミス。3文字入力を怠ったことだと推察される。	患者様との相互確認やおくすり手帳による確認を引き続き行っていく。	セロクラール錠 20 mg	セロクエル 25 mg 錠		セロクエルとセロクラールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
215	耳鼻科にてセロクラール20mg内服中であったが、耳鼻科の薬も内科にて処方してもらうことになったと申し出あり。処方は、セロクエル25mg2錠朝食後処方であったため、処方医に電話にて疑義照会し、セロクラール20mg2錠朝食後に処方薬剤変更となる。	名称が類似しており、入力時にミスがあったと思われる。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報も収集して、処方内容に間違いがないか確認している。類似名称医薬品には特に注意するようにしている。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		セロクエルとセロクラールの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
216	当薬局不定期でご利用の患者様からノルバデックス錠20mg0.5錠、分1朝食後、90日分の処方を受けた。患者の聴取から乳がんの既往歴がないこと、今回は平素受診の医療機関を受診できないため引継ぎで別の医療機関を受診したことを確認した。なお、ノルバデックス錠20mgは服用直前までPTPシートから取り出さないことになっているため半錠不可である。また、お薬手帳を確認したところノルバスクOD錠10mgを服用していることが分かったため、疑義照会で処方薬剤について確認を行った結果、ノルバスクOD錠10mg1錠に変更となった。	処方医師はノルバスクOD錠10mgを入力するところ名称の先頭文字が類似しているノルバデックス錠20mgを選択し、用量を合わせるために0.5錠としたと思われる。	医療機関を変更したタイミングで処方薬剤名、規格、用法等が誤って引き継がれることが多くある中で、お薬手帳の情報を注意深く確認し、患者からの聴取と相違がないか確認を行う。	ノルバデックス錠20mg	ノルバスクOD錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
217	9種類の薬を定期的に服用中の患者様が残薬をお持ちになり残薬調整も実施。男性の患者様だったが、今回タモキシフェン錠20mgが新規で追加。定期的に服用中のアムロジピン錠5mgが削除になっていた。患者様とご家族に確認すると血圧が高かったので用量変更することを聴取。すぐに疑義照会し、タモキシフェン錠20mg削除、アムロジピン錠10mgが追加になった。	医療機関側のミスでアムロジピン用量変更のところ、ノルバスクとノルバデックスの類似薬の入力ミスと発覚した。	前回の薬歴の確認、他に服用中の薬の確認。患者様の背景の聞き取り実施。スタッフ間の情報共有。			タモキシフェン錠20mg「DSEP」	ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
218	今回病院転院転院先の病院にて今までの継続服用薬、処方変更なく処方されているはずと患者本人より聞き取り。お薬手帳より「ノルバスク（10）」継続服用中と確認したが、転院先処方では「ノルバデックス（10）」が処方されていた。（その他の薬は全て転院前と同一医薬品が処方されていた）疑義照会の結果、処方入力誤りと判明。「ノルバスク（10）」へ処方変更となった。	転院先病院での処方入力誤り	転院後初回の処方は、お薬手帳にて転院前処方を確認を十分に行い、患者とコミュニケーションも取りながら処方誤りがないか必ず確認を行う。	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
219	ノルバスク錠10mg1日2錠分2のため患者様に確認を取り、ノルバデックスの打ち間違えが高いと判断。医師に電話で確認しノルバデックスへ変更	医薬品の打ち間違え	名前が類似している医薬品は用法、用量の違いからなどでも判断できるよう周知	ノルバスク錠10mg	ノルバデックス錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
220	今回【般】アムロジピン口腔内崩壊錠5mgが処方されていたが、投薬時患者にヒアリング行ったところ、「乳がんの薬が処方される」と言われたとのこと。病院に疑義紹介行ったとのこと、ノルバデックスを処方する予定だったが、間違えてノルバスクの一般名処方してしまったとのことだった。	ノルバデックスを処方する予定だったが、間違えて名称類似薬のノルバスクの一般名（アムロジピン）で処方してしまった。	投薬時、今回どのような症状で受診したかしっかりヒアリングを行うよう徹底する。	アムロジピンOD錠5mg「明治」	タモキシフェン錠20mg「DSEP」		ノルバデックスとノルバスクの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
221	鼻炎症状で受診した患者様に【般】シルニジピン5mg5日分での処方あり。交付の際、患者様より、Drと降圧剤が処方される旨の話はしていないと聞き取り。症状と処方内容に相違があるため、疑義紹介を行ったところアテレックとアレロックの間違いであったと判明し、【般】オロパタジン塩酸塩5mgに処方変更となった。	商品名が類似しており、Drが処方箋発行の際に先発品で誤って入力した可能性が推測される。	患者様からの聞き取りにより、不適切な処方内容と気づくことができるため、患者様とのコミュニケーションをしっかりとる。	シルニジピン錠5mg「サワイ」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「杏林」		アレロックとアテレックの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
222	シルニジピン10mgを服用していた患者にアレロック錠5mgが分1就寝前で新規処方となった。抗アレルギーとして使用するには用量不足であるため照会を行ったところ、アテレック10mgの処方間違いであることが判明した。	レセコンの3文字入力時のミスが想定される	新規処方時は念入りに聞き取り等を行っている。また併用薬や服用背景なども薬歴上で共有している。	アレロック錠5	アテレック錠10		アレロックとアテレックの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
223	シルニジピン5mgが1日2回、7日分処方されたが、投薬時に症状をうかがうと蕁麻疹のような症状だった。病院に電話にて確認したところ、蕁麻疹症状で処方をしている、という返答だった。適応から考えてあり得ない処方だったので「アレロックではなくアテレックが処方されています」とお伝えしたところ処方ミスが発覚した。処方箋には一般名で表記されるが、病院の入力時には先発医薬品名を入力するとのことで、医師が入力ミスをしたと思われる。また、患者本人は外国人でコミュニケーションが難しかった（英語でもなかった）ので、こちらから何度も症状確認をしたことでミス発見につながった。	一般名で表記されている薬も、入力時は電カルシステムによっては先発医薬品名で入力していることがある。アレロックとアテレックのようなよくある取り違いミスも、一般名処方になっていることにより把握しにくくなっている可能性がある。患者本人より十分に症状を聞き取り、処方内容が本当にあっているのかを常に確認する重要性がより一層増している。	調剤・投薬ともにある程度「こういった症状が出ている可能性がある」「こういった病名がついているか確認したい」といったことを考えて日々の業務を行うようにしている。また、日頃より近隣の病院・診療所と連携を十分にとり、疑問点があればいつでもお互いに疑問点を確認できるように信頼関係を築くことを心掛けている。外国人のなかでも、日本語、英語のような慣れ親しんだ言語以外を母国語とする患者が増えているので、時にはスマホの通訳機能等を使いながら確認するようにしている。	シルニジピン錠10mg「サワイ」	オロバタジン塩酸塩錠5mg「YD」		アレロックとアテレックの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
224	風邪症状で受診し、検査の結果インフルエンザ陽性となった患者が処方箋を持って来局。抗ウイルス薬含め風邪症状に使用する薬剤処方されていたがあまり見たことがない名称の薬剤があったため添付文書を確認。頻脈性不整脈に使用する薬剤だったため患者に聞き取りをし、その後担当医師に問い合わせをした。アスペノン錠20mgとアスペリン錠20mgの入力ミスだった。	処方入力時に3文字入力や、処方後の確認をしていなかったと考えられる。	処方監査時点では気づけないことも薬効の確認、患者の病状や交付時の聞き取りをしっかり行う	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
225	初めてアスペノンカプセルが処方されており、症状の確認を行ったところ咳で受診と確認。アスペリン錠ではないかと考え疑義を行ったところ、アスペリン錠20mgに変更となった	類似医薬品名	患者さんの受診もくてき・症状の確認	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名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
226	風邪症状で来局された患者様に下記処方あり。 セファレキシ錠 250mg 3錠 分3 毎食後 2日分 アスペノンカプセル 20mg 3C 分3 毎食後 2日分 当該患者様に不整脈の既往はなく、主訴からも処方誤りの可能性があり疑義照会。その結果、アスペノンとアスピリンとの処方誤りが発覚。アスピリンは出荷調整中のため、メジコン錠 15mg 4錠 分4 毎食後寝る前 2日分に変更となった。	医師はアスピリンを処方したかったが出荷調整中のため院内のマスクでロックされており、誤ってアスペノンが選択された様子だった。	服薬指導時には必ず症状を確認し、処方内容が妥当か判断する。	アスペノンカプセル 20	メジコン錠 15mg		アスピリンとアスペノンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
227	心電図検査で不整脈が出ている患者の定期薬硝酸イソソルビドテープ(40)が中止になり、アスピリン(20)が追加になっていた。患者から聞き取りを行ったところ、鎮咳去痰薬ではなく不整脈薬の処方がされているべきだと判明。疑義照会にてアスペノンカプセル(20)へ変更となった。処方医はアスペノンと記載しているつもりだった。	医師のカルテ記載ミスまたは処方箋出力時の入力ミス	投薬時に患者に体調、診察内容を確認する	アスピリン錠 20	アスペノンカプセル 20		アスピリンとアスペノンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
228	処方監査時にSM配合散が削除され、新規でゾニサミド100mg 3T 分3 毎食後 が処方されていた。患者既往歴にはてんかん等はないため医療機関に電話にて疑義照会し、エクセラーゼ配合錠を処方するつもりであったことが分かった。エクセラーゼ配合錠は手に入らないためレバミピド錠にて様子を見ることとなった。	エクセラーゼ配合錠を処方しようとしたところ、ゾニサミドの先発であるエクセグランが3文字検索で表示され処方に至ったと思われる。	薬剤の変更時の確認の徹底、現病歴や既往歴の確認、処方オーダーリングシステムの欠点について周知徹底を行った。	ゾニサミド錠100mg「アメル」	レバミピド錠100mg「TCK」		エクセグランとエクセラーゼの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
229	腹痛と発熱で受診の患者様。ミヤBM細粒、【般】ゾニサミド錠100mg、【般】ブチルスコポラミン臭化物錠10mg、【般】アセトアミノフェン錠500mgが処方されていた。問診や処方内容から、【般】ゾニサミド錠100mgの先発品とエクセラーゼ配合錠の処方間違いではないかと推測。また、エクセラーゼ配合錠は3月末で薬価切れになっている。疑義照会をし、エクセラーゼ配合錠と効能が類似するマックターゼ配合錠へ処方変更となった。	処方医が、エクセラーゼ配合錠は3月末で薬価切れになっていることを知らなかった。処方医が、レセコンで医薬品を選び間違えた。	今後も、処方内容や患者様の問診を総合的に判断して、疑義が生じた場合はしっかりと疑義照会を行う。	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ゼの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
230	今まで、てんかんの既往はなく本人に確認したところ、胃腸症状の訴えがあり処方内容と相違があるため照会。エクセラーゼ配合カプセルが出したかったと話があったが、販売中止のため処方医と相談し、リパクレオン顆粒に変更。	3文字入力で行い、入力後の確認を怠ったと考えられる。エクセラーゼが経過措置で院内のマスターも消えていたのに気づかず、入力候補が出てこないため、手入力で追加したと考えられる。	診療科と処方内容に相違がある際は患者に処方意図を確認してから調剤するようにする。名前が似ている薬について薬局内で情報共有する。	エクセグラン錠100mg	リパクレオン顆粒300mg分包		エクセグランとエクセラーゼの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
231	今回エクセグラン初回の為、病名含め受診状況を確認したところ胃の検査で受診したとのことで、薬品名違いが疑われたので問い合わせをおこなった。その結果消化剤のエクセラーゼと間違ったとのことで、エクセラーゼは製造中止旨を伝え、SM散に変更となった。	医師の処方入力時の頭文字の薬品選択ミスによるものと考えられる。	初回使用薬は、特に薬歴の確認と患者様からの使用開始状況の聞き取りなどコミュニケーションを必ず取るようスタッフと共有しました。	エクセグラン錠100mg	S・M配合散		エクセグランとエクセラーゼの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
232	胃の疲れで動物性たんぱく質が摂取出来ないが主訴の患者様に対してエクセグラン錠100錠3錠分3で処方あり。エクセラーゼ配合錠の間違いではないかと感じ、エクセラーゼ配合錠販売中止のため在庫ないこと併せてFAXにて疑義照会。ガスモチン錠5mg3錠分3に変更。	レセコンでの薬剤名選択の際に正しくはエクセラーゼ配合錠を選択するところを3文字目まで名称が同じエクセグランと選択を間違えてしまった。	今回の事例の共有。名前が類似している薬剤を店舗ミーティングの際に一緒に確認した。	エクセグラン錠100mg	ガスモチン錠5mg		エクセグランとエクセラーゼの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
233	胃部不快感を主訴とする患者へエクセグラン１００mg ３T 毎食後指示でんかん発作の症状の訴えはないため名称間違いを考えDrへ疑義 誤：エクセグラン１００mg ３T 毎食後正：エクセラーゼ配合錠 ３T 毎食後（ただしエクセラーゼ配合錠は販売終了品目）	エクセラーゼが販売終了し、HP側のPCマスタからエクセラーゼが消えたことにDrが気づかず入力間違いも気づかなかった	患者より聞き取りを行い主訴と薬がっているか必ず確認実施	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
234	処方せんにエクセグラン錠が記載されており、調剤。普段、この病院では使用されない薬だったため、疑問に思い、投薬で患者様に聞き取りをしたところ、胃腸の症状があり、エクセラーゼ配合錠ではないかと推測。疑義照会にて、やはりエクセラーゼ配合錠の間違いだったとわかる。	病院のカルテは手書きなので、エクセラーゼ配合錠の記載となっていたと思われるが、事務職員がPCで打ち込む際に、間違えてエクセグラン錠となってしまうと思われる。	処方箋上で疑問に思ったことは、どんな些細な事でも必ず患者への聞き取りや病院へ問い合わせを行う事を薬局内で徹底する。	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
235	メブチンエアーが処方されており、喘息が疑われる処方であったが、カルバマゼピン100mg4錠分27日分で処方されていた。テオドールとテグレートールの入力間違いを疑い疑義照会。テオフィリン100mg4錠分27日分へ変更となった。	医院での処方箋入力はすべて先発品名でされており、名称も類似であったことから入力ミスが発生したものと考えられる。	名称類似による取り違え例を含めた社内過誤事例、「共有すべき事例」を定期的に共有している。	カルバマゼピン錠１００mg「アメル」	テオフィリン徐放錠１００mg「サワイ」		テオドールとテグレートールの名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
236	咳の症状があり受診し、定期薬に一般名カルバマゼピン錠100mgが追加されていた。症状と一致しないため疑義照会を行った結果、テオドール錠100mgに変更になった。	コンピューターのシステム上 先発名を入力してから一般名に変換され、入力時にテオドール錠をテグレート錠と誤って入力したと思われる。	普段と違う薬が出た時は患者から症状を聞き、薬の内容に間違いがないか確認する。	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名称類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
237	定期で来局中の方で、ワルファリンカリウム5mg 1錠とワルファリンカリウム0.5mg1錠の処方であった。受付時、ワルファリンカリウム5mg 5錠となっていたため、患者様本人に確認したところ、減量すると聞いたとのこと。確認のため、疑義照会を行ったところ、ワルファリンカリウム5mg 1錠に変更となった。	病院で処方入力時に訂正部分を間違えた、あるいは受付での確認不足であった。	お薬手帳、前回処方内容を照らし合わせる。			ワルファリン錠5mg	ワルファリン5mgとワルファリン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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
238	ワルファリンが2mgから4.5mgに倍以上の量になっていたために投与量の確認。5mgと0.5mgの選択ミスだったということがわかり5mg 1/2錠→0.5mg 1/2錠に変更となった	規格違いの選択間違い	複数種類のある薬が変更になった場合、服薬指導時に投与量も間違いがないか本人と確認してお渡しする。			ワルファリン錠5mg	ワルファリン5mgとワルファリン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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
239	普段はワーファリンを1日当たり1.5mg（1mg錠1錠と0.5mg錠1錠）で服用されている患者様が、この処方の時は6mg（1mg錠1錠と5mg錠1錠）でとなっていた。急な増量を疑問に思ったこと、また患者様本人がDrから何も聞いていないと話されていることから疑義紹介を行い、ワーファリンはこれまでと同じく1.5mgで継続することとなった。	Drが処方の際に電子カルテの薬剤名の中から間違えて選んでしまったものと思われる。	継続的に服用されている患者様の薬剤が変更の際は、Drからの説明があったかどうかも含めて、確認を行う。もし、患者様が聞いていないというようなことがあれば、変更が正しいのかもDrに確認する。			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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
240	退院後初めて受診する病院で医師より退院時と同じ内容の薬を処方しますと言われた。ワーファリン錠1mg1錠とワーファリン錠5mg1.5錠が処方されていたが、お薬手帳より退院時処方ではワーファリン錠1mg1.75錠と記載されており前回処方と用量が大幅に変わっているため疑義照会を行った。結果、ワーファリン錠5mgは削除となりワーファリン錠1mg1.75錠に変更となった。	ワーファリン錠には0.5mg、1mg、5mgと3規格存在しており、病院で処方する際に0.5mgと5mgの選択を誤ったと推察される。	薬局に初めて来局された方や退院後初めて別の病院で薬剤が処方された方にはお薬手帳や薬情など薬剤名と用量がきちんと印刷されたものを確認して、患者さんと話している内容に齟齬がないか照らし合わせを行う。			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、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
241	他薬局からの患者紹介により、ザイティガ250mgの処方箋を受けた。処方監査の時点で、ザイティガ250mgはステロイドの併用が必要であるが単剤で処方されている点や、用法用量の違いが見受けられた。また、患者本人よりシロドシンでふらつきを覚えたため今回から薬が変更になったと聴取あり。不審な点が複数見受けられたため、疑義照会を行ったところ、ザルティア5mgへ変更と回答があったことより、処方間違いが発覚した。	最初の一文字目が同じであること。両薬品共に泌尿器科で処方される薬であること。	処方監査を行い、ダブルチェックを行っていること。抗がん剤の初処方の際は必ず疑義照会を行っていること。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠5mg		ザイティガとザルティアの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
242	眠剤であるサイレース錠1mgが朝夕食後で処方されており、用法に違和感。病院に疑義照会をしたものの、カルテに「サイレース追加」と記載があり、一旦は「処方通り」という回答となる。しかし、違和感が拭えず、患者に確認したところ、幻覚の話が出てきたため、薬剤名が似ているセレネースの間違いではないかと推測。再度疑義照会、「サイレースは眠剤、もしかしたらセレネースの間違いではないか」と具体的に確認。セレネースの間違いであったことが判明。薬剤をセレネース錠1.5mgに変更し調剤をした。	サイレースとセレネースの名称類似。医師も頭でセレネースのことと思いながらもカルテにはサイレースと記載してしまった。	処方内容に感じる違和感は大事。疑義照会で一旦回答が得られたとしても、患者と話しをしたうえで明らかに食い違いがある場合は再度疑義照会する必要がある。その際に薬局側で感じる違和感について医療機関側に伝えることも必要。	サイレース錠1mg	セレネース錠1.5mg		サイレースとセレネースの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等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）**

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	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	
243	継続的にミオナール錠(50)とテネリア錠(20)を服用されていた患者さまで、今回両剤が処方から削除されていた。本人に確認すると、「ミオナール錠は効かないから不要と言ったが、テネリア錠については何も言っていない。」とあり、疑義照会した。医院側から「テネリア錠も効かないから不要と本人が言った。」とあり、患者さまに再度確認した。そうすると、別の薬局で以前もらっていたテルネリン錠のことかもしれないと医院側に再度確認すると、「テルネリン錠とテネリア錠を勘違いした。」とテネリア錠(20)が処方となった。	医院側と患者さまとの間で意思疎通ができていなかったと思われる。感情的なものもあったかもしれない。	必要と思われる薬剤の変更や処方削除については、患者背景も含めてその要否を考え、納得がいくまで医院側に確認を行う。	テルネリン錠 1mg	テネリア錠 20mg		テネリアとテルネリンの名称類似については、薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。