

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	エルネオバNF 2号輸液を連日投与中の患者に対し毎日訪問看護師が輸液交換・ルート管理を実施していた。訪問薬剤師が訪問した際に、ちょうど輸液の開始前だったため開通操作を確認し輸液が透明のままであることから開通されていない旨を指導したところ、看護師は「開通しましたよ?」と反応し、ビタミン剤の小室の開通確認が不十分であったことを指摘し再度開通操作をやり直すよう指導した。	アミノ酸・糖液間の開通は確認していたが小室の開通操作まで確認が不十分であった。薬剤師からの問いかけに対して【開通操作をした】という認識だったため輸液全体が着色されていない場合など再度操作について指導した。	訪問看護師は日によって対応者が異なるため手技レベルが均一となっていない場合がある。再度開通操作について指導し、誤った投与が実施されないよう注意喚起していく。			エルネオバNF 2号輸液	二槽バッグ製剤の隔壁の未開通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	アテロック5mgの処方であったが、アレロック5mgでピッキング。鑑査時に発覚し、正しい薬剤にて交付。	繁忙時の時間帯であること、先発品希望のため名称類似、規格も同じであり、処方箋も先発品希望での記載であったため、取り間違いが発生したと考えられる。	ピッキング時の間違いを防ぐために、薬剤名を最後まで確認して行う。また、繁忙時でも落ち着いて調剤を行うようにする。	アテロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロックの名称類似については、薬剤間違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。
3	いつも通り患者が処方箋持参で来局。処方箋の内容は前回と同様であることを確認しピッキングを行った。その時、アテロック錠5mgの処方箋をアレロック錠mgと間違えてピッキングしてしまった。幸い、投薬前の監査にて誤りに気づき患者さんには正しい内容で投薬できた。	当日は患者数が多く、待たせないよういつもより焦っていた。この事がピッキング間違いに繋がったと考える。	まずは落ち着いて処方内容を確認し、その後ピッキングを行うように努める。更にミス防止のため薬袋の記載内容と照らし合わせ間違いがないかを励行する。	アテロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロックの名称類似については、薬剤間違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。
4	処方箋にアテロック錠5mgなので、シルニジピン錠5mgでピッキングしないといけないところ、アレロック錠5mgと見間違えて、オロパタジン錠5mgでピッキングしてしまった。	・知識不足・焦り・慣れ・処方箋逸脱	・ヒヤリハット事例の共有。・定期的な薬の在庫把握。・処方箋を順番で読み解いて調剤を行う。	アテロック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテロックの名称類似については、薬剤間違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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
5	セフジトレンピボキシル錠での処方あり。混雑していたことや頭文字から同じ付近に在庫がしてあった。類似名称のセフカベンピボキシルをピックアップしており、そのまま鑑査に回されたが、鑑査者が気付きピックアップしなおしてもらい正しい薬剤で交付した。	忙しい時間帯での調剤で焦りもあり、十分に確認せずに調剤をしてしまった。	同じ棚の中でも少し離して配置し、類似名称注意の札を付けた。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	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。
6	一般名処方セフジトレンピボキシル錠100mgをセフカベンピボキシル錠100mgと見間違えた。「セフカ」と「ピ」と「100mg」をみて、勝手に判断してしまった。その後一般名を確認し、間違えに気づき、交付前の時点で、鑑査交付者のところで取り違えを通達し、取り替えた。	一般名の全体を目視するのではなく、一部を目視してしまったため、思い込みを生んだ。レセコン入力者も、一般名から入力変更出来ないことに疑問に思いながら進めてしまったため、監査システムでもひっかけることが出来なかった。	処方全体をしっかりと確認。再度、類似名の薬の見直し。事務の入力者も処方箋通りに入力し、疑問があるところを、正確に伝えるように。	メイアクトMS錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg「TW」		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。
7	セフカベンピボキシル錠100mgの処方、医薬品名が似ているためセフジトレンピボキシル錠100mgを調剤	医薬品名が似ているため取り揃えミスとなる。どちらの医薬品も普段から処方されることがある。	医薬品名、剤型、規格を調剤前に確認、取り揃え後に薬袋、薬情により自己鑑査をする。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「TW」	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。
8	一般名処方【般】セフカベンピボキシル小児用細粒10%に対して、セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」を調剤した。調剤者のミスに鑑査者が気づかず、交付直前に別の薬剤師が分包紙内の薬剤の色が処方薬と異なることを指摘。ミスが発覚した。	一般名称が酷似していることによる薬剤の取り間違い。薬局の在庫はフロモックス小児用細粒100mgとセフカベンピボキシル小児用細粒10%「OK」で、商品名で区別できるようにしていた。薬局内が混雑しており、慌ただしい状況だった。	調剤時の指差し確認、鑑査時は書面の字面だけでなく薬剤の外観にも注意を払うよう手順を再確認した。	フロモックス小児用細粒100mg	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
9	セフカベンピボキシル錠の処方に対し、セフジトレンピボキシル錠が調剤されていた。	とても忙しい時間帯であり、処方せんの確認を怠り思い込みで調剤したことが要因である。	処方せんの確認の徹底。監査の徹底を、スタッフで再確認した。	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。
10	一般名でセフジトレンピボキシル錠が処方されていたが、誤ってセフカベンピボキシル錠を取り揃えてしまった。鑑査の段階で他薬剤師が気が付き、調剤した薬剤師に伝えた。セフジトレンピボキシルを調剤し直し、再び鑑査を行った。鑑査の段階で誤りに気が付いたため、患者には正しい薬を交付した。	慣れがあり、しっかりと内容を確認せずに調剤を行ってしまった。	取り間違い防止のため、類似薬品名ありとの注意書きを薬品棚に設置した。	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。
11	ファクスで届いた処方せんの調剤をしていた。一般名「ラベプラゾールナトリウム」の薬を「ランソプラゾール」で調剤した。鑑査をした他の薬剤師が間違いに気づいた。	ラベプラゾールもランソプラゾールも同じ薬効、名前も似ている。	当薬局で採用しているメーカーはそれぞれちがうので、メーカー名を処方せん(コピー)に記入する。	ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		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。
12	ランソプラゾールOD15mg「サワイ」をラベプラゾールNa錠10mg「VTRS」で取り違えて調剤。その後、他患者来局が続いたため鑑査が疎かなまま投薬。投薬時に患者様は違和感に気づいていたが、その場で確認せずにそのまま投薬。しばらくして、患者からのお電話で別スタッフが確認したことで過誤の発覚に至る。	当時スタッフが休憩中であり、二人のみの状態。すぐに他スタッフへ呼びかけをするべきところに思い至らずに連続で来局する患者の対応を二人のみで続けてしまった。調剤時に患者からの指摘に対して、間違っていないという思い込みから過誤となった。	患者の来局が増えだした場合、即座に休憩中のスタッフへの呼びかけを行う。思い込みによる調剤を行わないように集中し、患者とのコミュニケーションを真摯に行う。忙しい場合でも鑑査が終わってないままの投薬を行わないようにする。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「VTRS」		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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	平素より当薬局利用の72歳女性患者、前回Doの処方箋をお持ち。処方箋1枚目、2列目のランソプラゾールOD錠15mgをラベプラゾール錠10mgと誤認。投薬前の監査にて誤りが発覚した。	混雑しており、本来実施すべき確認を怠った。	処方箋のコピーを用いて薬と照らし合わせながら指差し確認。規格には丸をつけて視覚的にも間違えないように工夫する。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	ラベプラゾールNa錠10mg「杏林」		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。
14	ランソプラゾールOD錠を渡すところ、間違えてラベプラゾール錠を渡した	棚が近くにあった	ピックアップ間違いしないように注意喚起のシールを張る	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	ラベプラゾールNa錠10mg「トーフ」		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。
15	処方箋にセフジニル細粒10%と記載。セフゾン細粒10%で調剤すべきところ、セフジトレンピボキシル小児用細粒10%で調剤してしまい患者へ交付してしまった。	レセコン入力時にセフカベンピボキシル小児用細粒10%を誤って引用してしまい、調剤者は処方箋の原本を確認せずに、調剤録のみを確認してそのまま調剤。監査者も交付するまで気づけなかった。	調剤をする前に必ず入力監査を徹底する。調剤する際は、調剤録ではなく処方箋を確認して調剤する。	セフゾン細粒小児用10%	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」		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。
16	アイトロール錠20mgが処方になっており、後発品に変更して調剤しようとしていた。一硝酸イソソルビド錠20mgをピックアップするところを、硝酸イソソルビドカプセル20mgを選択してしまった。	普段からFAX処方箋を用いてピックアップを行っている。FAX処方せん「アイトロール錠」の箇所に二重線を引いて「一硝酸イソソルビド」と入力者が記載するところを「イソソルビド」と記載があった為、イソソルビドカプセルをピックアップしてしまった。	FAX処方箋への名称記載を正確に行う。一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドなど名称類似のものについては、例えば「一」のところを○で囲んだり、マーカーでチェックしたりするなど対策を徹底する。	アイトロール錠20mg	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
17	一硝酸イソソルビド錠20mg2錠朝夕食後91日分の処方箋を受け取ったが、一硝酸イソソルビド錠20mgは少なくとも7年以上は取り扱ったことがなく、いつも調剤している硝酸イソソルビド徐放錠20mgと思ひ込み、調剤して患者さんに渡してしまった。投薬1か月後に次回の分を準備する段階で薬を取り違えている事に気が付き、処方元に相談したところ、早急に残薬を回収して、一硝酸イソソルビド錠20mgと取り替えるように指示があった。すぐに患者宅を訪問し、事情を説明し、丁寧に謝り、122錠を交換した。	余り取り扱ったことのない薬で、品名がほとんど同じなため、うっかり品名を読み間違ってしまった。薬情を丁寧に見れば、ミスに気付いた筈であった。	投薬時、クスリの品名だけでなく、クスリの写真も丁寧に確認する必要がある。普段は必ず、詳細に確認しているが、たまたま、患者さんが混んでいて、うかりミスをしてしまった。今後は患者さんが混んでいても、丁寧に確認するよう全社員に再認識を促した。			一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	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。
18	(般)一硝酸イソソルビド錠20mgで入力のところ、硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」で入力。本人さんより翌日のお届けでいいと言われたため準備。今回初めての追加処方だった。	硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」はもともと在庫していた。 (般)一硝酸イソソルビド錠20mgの調剤は薬局内では初めてだった。同一のものと勘違いしてしまった。翌日、患家訪問前に別の事務員が入力確認したところ、別の医薬品である旨発覚。患者にお渡しする前に間違えに気が付いた。	一般名処方であったので、一般名から銘柄名の検索するように徹底する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」		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。
19	一般名処方「【般】一硝酸イソソルビド錠20mg」で調剤するべきところ、硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgで調剤・交付してしまった	一硝酸における「一」を見落としてしまった名称確認不足が主な要因である 初めて来局された患者さまで、処方箋初受付であった 一硝酸イソソルビド錠20mgの在庫がなく、当薬局採用の硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgで処方入力、調剤、交付してしまった	一硝酸イソソルビド錠20mgが在庫されたこと、硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgとの違いを確認した 当薬局採用で調剤機会の多い硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgは調剤棚管理、一硝酸イソソルビド錠20mgは引き出し管理とした調剤棚に注意喚起となる目立つオレンジワッペンを貼った	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
20	一硝酸イソソルビド錠20mgの処方内容に対して、硝酸イソソルビド徐放錠20mgを調剤した。	もともとアイトロール20mg、ニトロロールR20mgどちらの採用もあり、後発品への切り替えを順次を行っていた。「硝酸イソソルビド錠20mg」を視認し、「20mg」であることから硝酸イソソルビド徐放錠20mgと思いこんで調剤を行った。トーワの一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビド徐放錠はシートのデザインも類似しており、監査時には気づけなかった。投薬の際、投薬者が一硝酸であることに気づき修正を行った。	各パッケージに「アイトロール」「ニトロロールR」の札をつけ見間違いの内容に注意喚起を行った。	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「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。
21	一般名処方で硝酸イソソルビド錠20mgが記載されていたが、入力者も調剤者も一硝酸イソソルビド錠20mgを選んでいった。鑑査システムを使用していたが、入力とピッキングミスした薬が一致してしまったため、エラーが出なかった。鑑査時に間違いに気づき事なきを得た。	類似薬の注意喚起が不足していた。入力者が慣れていなかった。	取り違い注意のシールを棚に貼った。	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。
22	処方では、硝酸イソソルビド徐放錠だったけど、当薬局には硝酸イソソルビド徐放錠の使用実績なく、実績のある一硝酸イソソルビド錠で入力し、薬剤師も思い込みで調剤をしてしまった。	一般名処方の際の確認を今まで以上に注意深くしていかないといけないし、QRコードの処方入力になれているとたまに来る手打ちの処方入力の際に思い込みではなくしっかりと確認しながら入力していく	忙しい時ほど慎重に声をかけながら行う	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
23	【般】タダラフィル錠5mg(ZA)の処方を受け付けたが、処方入力時に誤ってタダラフィル錠20mg(AD)で入力されていた。	タダラフィルは3種類の類似品があるため、知らないと間違えてしまう可能性がある	当薬局で扱っている誤りやすい医薬品についてはリストアップしてスタッフ間で共有している	タダラフィル錠5mg ZA「サワイ」	タダラフィル錠20mg AD「サワイ」		タダラフィル製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者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	患者さんは18:30頃薬局され、いつも通院中の病院から前回と同じ薬が処方されていた。レバグリニド0.5mg2錠朝夕食直前30日分の処方だった。レバグリニド0.5mg60錠を調剤するところ、間違えてレバミピド100mg60錠を調剤してしまい、ほかの薬剤師が監査するとき間違いに気が付いたため、患者さんに渡す前に正しく調剤し直し渡すことができた。	レバグリニド0.5mgの棚とレバミピド100mgの棚が上下に接していて、忙しい時間帯であったために慌てて薬を取り間違えた。	レバグリニド0.5mgとレバミピド100mgの薬の名前が似ているため、それぞれの棚の間隔をあけて見間違いを起きにくくした。忙しい時も慌てないようお互いに声を掛け合うようにした。	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。
25	エゼチミブ錠をお渡ししなければならなかったが、エチゾラム錠をお渡ししてしまった。患者様より翌日お電話を頂き間違えていることに気がきました。	エ→見間違いにより全く効果が違うお薬をお渡ししてしまっていた。	お渡し前に気付けるにも関わらず、色や名前が似ているだけで間違いが発生してしまっているのを改めて注意していこうと思います。	エゼチミブ錠10mg「DSEP」	エチゾラム錠0.5mg「SW」		エゼチミブ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	処方箋記載でメイラックス錠1mgが処方されている患者さんで、その後発医薬品のロフラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤・交付しなければならぬところ、名称類似で同じ向精神薬のロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤・交付してしまった。交付後少しして調剤者が誤りに気づき、すぐに交付した患者さん宅へ連絡した。幸い帰宅して間もなく、まだ薬剤も使用していない状態であったためすぐに正しい薬剤と交換しに行った。	短時間に一度に複数人の患者さんが来局し、調剤者・鑑査交付者がそれぞれ薬剤の確認が不十分となり、誤った薬剤を交付してしまった。	同じ向精神薬の引き出しに保管しており、名前も類似しているのので、今後はそれぞれ保管位置を変更することと名称類似による注意喚起の印をつけるようにする。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg「サワイ」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。
27	ロラゼパム1mg 40錠、お渡しするところ、ロラゼパム1mg 30錠とロフラゼパム錠1mg 10錠を、混ぜてお渡ししてしまった。患者様が自宅で、薬袋を開けて、気が付かれ、薬局に電話があった。	錠剤のヒートを重ねて輪ゴム止めていたため、10錠だけ別の薬とは気が付かなかった。薬の置き場所も隣通しのため、薬を戻すときに、場所を間違えた可能性がある。気が付かずにそのまま、ピックアップした可能性がある。	投薬の時、錠剤の輪ゴム止めを外して、目視で、患者様と一緒に薬を確認する。似た名前の薬は、置き場所を近くに置かないよう、配置する。	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「サワイ」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。
28	繁忙な状態での定期薬追加処方での調剤。以前にロフラゼパム錠1mgの服用歴があり、再開する為に追加処方になる。患者本人による聞き取り等ができない状態での交付であり、調剤時・交付時の確認が出来なかった。次回来局時の調剤時に服用薬の違いにより調剤過誤が判明。患者様の眠気等の影響はあるものの現在は問題ないとの返答あり。	患者本人による聞き取り等ができない状態での交付であり、調剤時・交付時の確認が出来なかった。	調剤過誤が報告されている事例ではあるので、類似薬がある薬剤(医薬品製造業者の内箱記載の啓発)の旨、薬局内での薬剤管理体制の再確認を行う。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg「サワイ」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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
29	一般名処方でロフラゼパ酸エチル錠1mgの処方あり。事務員がロラゼパム錠1mgサワイと入力、薬はロフラゼパ酸エチル錠1mgサワイを調剤した。鑑査者が入力間違いに気づかず、患者に交付した。	当時は一人薬剤師の状況であった為、入力監査、調剤鑑査ともに同一の薬剤師が行った為、間違いに気づきづらい状況であった。また、薬局に在庫していない薬だった為、入力者、鑑査者も薬に慣れておらず、認識不足であった。また他の患者もあり、多忙な状況で対応した。	入力者は新規の薬を入力する際は、入力後に再度確認する。鑑査者も同様の対応をする。	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。
30	正しくはロフラゼパ酸エチル1mgサワイの継続処方であったが、処方箋記載がロラゼパム1mgサワイとあり、処方入力ミスに気が付かず前回同じ処方としてピッキング、鑑査してしまった	多数の一包化処方薬の中のひとつであり、多忙な時間帯であったため、見逃してしまった	一字一句落ち着いて鑑査する。ピッキング者、鑑査者ふたりで必ずダブルチェックする。	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。
31	一般名称における取り違え薬剤に当たっているにも関わらず間違えてしまった。	名称をよく見て確認する。	調剤・鑑査を複数名で行う。	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。
32	本来ロラゼパム錠1mgを調剤すべき所をロフラゼパ錠1mgで用意してしまい、当事者の薬剤師も鑑査で見逃してしまいそのまま投薬に入ってしまった。患者側の指摘により判明し、即刻ロラゼパム錠でお渡しした。	ロラゼパム錠とロフラゼパ錠との名称が類似だった点、当事者である薬剤師が薬局業務を行う様になってから1年程度でその手の知識がまだ未熟であった点、投薬に入るまでの注意喚起が不足していた点などがあげられる。	医薬品の保管場所もしくは外箱に類似薬注意の伝言を記した付箋を貼付する。また、電子薬歴で該当患者ページにて注意喚起のメモを、目に入りやすい形で記載しておく。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」が処方されていたところロラゼパム錠1mg「サワイ」を交付してしまった。	名称が酷似していることと、同じメーカーであるので外観がよくしていたため過誤につながったと思われる。また、鑑査者は名称が酷似していることを認識しており、気をつけたいといけないうちながら過誤しているため、その際、局内が気が散りやすい環境であったかもしれない。	名称が酷似しているだけで、できるだけ調剤時にミスを防ぐべきである。同じ引き出しで、間違いやすい外観なので、特に過誤の注意のいくよう工夫をする。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの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。
34	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」を継続して服用している患者に誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を交付してしまった。交付時には気が付かず、後日患者が交付された薬袋を開いて服用しようとしたところ、いつもと異なる薬が入っていたため発見。患者が来局し間違いを指摘され、発覚に至った。誤った薬は服用せず。	名称類似品について、一字一句確認せずに交付したことが原因。また、交付時に患者に薬の確認をしてもらうことも怠った。	名称類似品については再度確認し、患者にも交付時に間違いがないか薬の確認をもらうようにする。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの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。
35	ロフラゼパム1mg「サワイ」で調剤しなければならないところロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤。監査時に監査者である薬剤師が取り間違いを発見。	ピッキングに慣れていない事務の調剤だった	あまり近くに名称類似薬を置かない。事務員の研修を徹底する。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの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。
36	ロラゼパム1mgを調剤するところ、ロフラゼパム酸エチル1mgを調剤交付してしまった。患者が1錠服用してしまい「服薬後気分がすぐれないため確認したら薬が違っていた」と電話があり発覚。	1人薬剤師にて対応しており焦りによる確認が疎かになっていた。	処方箋のコピーを用いて薬剤名をチェックをしながら調剤・監査する。今後の調剤過誤の内容及び名称類似品のスタッフ間の共有。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	ロフラゼブ1mg 30錠の患者様にロラゼパム1mg 30錠をお渡ししてしまいました。後日在庫がずれていることに気付く該患者へ確認をしたところ、今回の間違いが発覚した。既に服用していたが、もともとロラゼパムは服用した経験があり体調面に影響はなかった。丁寧に謝罪し交換を行った。	今回は事前に処方せんの写真を確認した上での調剤であった為、セルフ監査で間違いに気付けなかった。シートデザインと名称が非常に似通っていることから間違いに気付かずにお渡ししてしまいました。	ダブルチェックを引き続き行うようにしていく。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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	処方のための薬取り違えて一包化、ロフラゼブエチルとロラゼパムの薬品間違え患者への投薬前に医療機関薬剤師の監査にて間違えを発見、連絡を受けて調剤しなおして交換を行った	手順としてピッキング、確認、調剤、監査を複数人で行うことにしていたがどの時点でも発見できずそのまま医療機関に送ってしまった	名前の類似品について慎重に取り扱うよう一層注意徹底する			ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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。
39	ロフラゼブ酸エチル1mgを処方され、レセコンへの入力内容は合っていたが、ロラゼパム酸1mgにて調剤。通常であれば、GS-1の照合を経て調剤していたが、本事例では照合が行われず、鑑査時にも発見できなかった。調剤は閉局後に行われており、残っていた薬剤師が調剤者および鑑査者として用意していた。後日、投薬の際に患者様からのご指摘があり、取り違えが発覚した。	GS-1の照合を怠ってしまった。調剤者・鑑査者が重なってしまい、チェック機能が十分でなかった。	やむを得ない場合を除いて、調剤時のGS-1の照合を徹底する。調剤と鑑査は、原則別の薬剤師が担当するように改めて周知する。	ロフラゼブ酸エチル錠 1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
40	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」を調剤しなければならないところを、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を交付してしまった。向精神薬の棚卸の際に誤って調剤していることが発覚。すぐにご本人に連絡したところ残薬から服用されていたため、服用前に正しいお薬を交付した。	名称が似ており、注意が欠けており間違えた。また1人薬剤師での勤務であり、時間を空けずに監査してしまい間違いに気づかなかった。	調剤・監査は処方箋をもって行い、可能な限り調剤と監査は別の人物で行うが、1人薬剤師の場合は調剤から監査まで出来る限り時間を空けて丁寧に監査することを徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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。
41	ロフラゼブ錠1の箱にロラゼパム錠1が混入されていた。	調剤時、ロフラゼブ錠1を箱から出して患者に投薬時説明してロラゼパム錠1だと気付く。箱の中身を確認したらロフラゼブ錠とロラゼパム錠が混合されていた。ロラゼパム錠調剤時に箱にしまう時に間違えてロフラゼブの箱に戻ってしまったと思われる。	同じ向精神薬の引き出しに保管しているので間違えたと思われるので、配置換えをした。十分な監査の徹底も行う。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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。
42	ロフラゼブ1mgのところロラゼパム1mgで調剤。監査機で発覚。	名称類似、慢心があった。	名称類似品はチェックする	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
43	半錠の処方であったため、PDAを使用せずに処方箋コピーした後、先出し調剤を行った。その際、ロフラゼブ酸エチル錠1mg(メイラックス)のところロラゼパム錠1mg(ワイパックス)を半錠にして患者様にお渡ししてしまっ	夕方の繁忙期に人員が減ることもあり、薬局内は少し混雑して急いでいた。半錠であったため、処方箋を先にコピーし、入力確定の際に発行される指示書やPDAでの調剤をせずに、先出しして半錠の調剤を行った。その際に誤ってロフラゼブ酸ではなくロラゼパム錠を調剤してしまっ	先だし調剤は行わずに、必ず入力確定後のPDAを使用して調剤を行う。監査の際には必ず、刻印番号までしっかり行う。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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。
44	一包化の処方薬のピッキングを事務職員が担当。向精神薬保管の同じ引き出しにある、ロフラゼブ酸エチル錠1mgをロラゼパム錠1mgと間違えた。この2剤は間違えやすいため、引き出しの中でも離しておいており、ほかの職員はこの2剤があることを把握し注意していた。分包作業にかかる時に、他の職員が気付い	名称がよく似ており、間違えやすい、と他の職員は気を付けていたが、この職員は長い休職期間があったため気づいていなかったと思われる。分包をする前に気づいたので、患者に影響はなかったが、このまま分包されていたら、裸錠の形、色、サイズも似ているため気づかないまま投薬していた可能性あり。	分包作業の手順、ピッキング→ピッキング監査→分包→分包監査を同じ人物がせず、しっかり確認をする。保管場所での注意記載を大きくする。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの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。
45	アロプリノール100をピッキングすべきところをアロプリノール10を誤ってピッキングしてしまった。当薬局では監査システムを導入しているが、120錠のピッキングでミスが発生した。100錠は包装されたものをピッキングした。20錠はバラでピッキングした。20錠は正しいものをピッキングしていたが、100錠包装の方が間違っていた。この二つをゴムでまとめたため気付くことができなかった。	100錠包装を他とまとめて輪ゴム止めしてしまっている	100錠包装の塊は別に監査することとした	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」		アロプリノールとアロチノロールの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
46	患者は以前より高血圧の為降圧剤を服用していた。今回も何時もと同じアロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」が処方されていた。通常であれば当薬局採用のアロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」を調剤するところ間違えてアロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤したが監査時に間違いが発覚、患者に交付する事は無かった。	アロチノロール塩酸塩錠10mgとアロプリノール錠100mgは商品名が似ている為間違えて調剤したものと思われる。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」とアロプリノール錠100mg「サワイ」の棚に注意のシールとアロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」の処方が出ている患者様の薬歴にアロプリノール錠100mg「サワイ」と間違えない様記載を行った。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	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	血糖値が上昇したため初めてメトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」が銘柄処方されていたが、当薬局にメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」が在庫があったため、レセコン入力の際に規格違いで入力するも検索で出ず、強制入力しお渡した。あとから、不安に思いメーカーに確認したところ、それぞれがちがう先発品のジェネリックであったことが判明し、すぐに患者に連絡を取り、処方通りの薬で調剤した。	普段取扱いの少ない薬剤だったため違いに気付けなかった。レセコン入力時に違和感を感じた時に確認できていればよかったが、焦っていたためできなかった。	レセコン入力時などでエラーが出た場合には急がず、しっかり確認を取った上で調剤する。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」		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。
48	【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:GLで処方箋が来ていたがメトグルコの後発品であるメトホルミン塩酸塩錠「DSEP」で入力、ピック。監査時に発覚した。	知識不足。	局内名称に【GL】を入れた。	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」		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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
49	ゾニサミド口腔内崩壊錠25mg TRE 2錠朝食前の処方。トレリーフOD錠かゾニサミドOD錠TREで入力・調剤すべき所を、ゾニサミド錠100mg アメル0.5錠で入力・調剤がされていた。監査時に気付、ゾニサミドOD錠25mgに変更した。	処方入力は、一般名のゾニサミド口腔内崩壊錠25mg TREで間違っていなかったが、適応の異なるエクセグランの後発品、ゾニサミド錠100mg アメルに変更できる設定になっており、よく処方が出るゾニサミド100mg アメルに変更してしまったと思われる。調剤時もTREの記載を見逃したか、入力が問題なくできている為、変更できると判断した可能性がある。	成分名が同じでも先発薬品が異なるものもあるため、薬剤師だけでなく薬局内で周知し、意識して監査するようにする。	ゾニサミドOD錠25mg TRE「SMP」	ゾニサミド錠100mg「アメル」		エクセグランとトレリー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、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
50	一般名クロルマジノン酢酸エステル25mgが初めて処方された。入力の際クロルプロマジン25mgを選択してしまい、コントミン25mgが入力された。	忙しい時間帯で入力をあせってしまった。	忙しいときは焦らず薬品名はきちんとよみとるようにする。	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「YD」	コントミン糖衣錠25mg		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。
51	クロルプロマジン錠25mgの処方を受け付けた。在庫がないため、問屋に発注。翌日納品された薬剤(クロルマジノン錠)を発注者がそのまま調剤した。発注者と調剤者が同一であったため、誤って調剤したことに気が付かなかった。新規採用薬となっていたため他の薬剤師が検品途中に処方された患者を探したところ、誤った発注が発覚した。	3文字目まで同一、一般名称において類似薬品があることの認識がなかった	4文字目までの鑑査を注意喚起した	クロルプロマジン塩酸塩錠25mg「ツルハラ」	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日新」		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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
52	一般名処方。クロルプロマジンで処方 をクロルマジノンで入力。	名称が類似して、かつ新規処方だったため	一般名も含めて、薬剤の類似品があることを再認識してもらう。入力後、再度入力誤りがないかの自己確認の実施。	クロルプロマジン塩酸塩錠25mg「ツルハラ」	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日新」		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。
53	ミチグリニド錠10を調剤しお渡しするところをミグリトール錠50を投薬調剤者の思い込みによる調剤、鑑査者の見ているようで見れていない鑑査による	ミチグリニド錠10を調剤、お渡ししないといけないところミグリトール錠50を投薬調剤者の思い込みによる調剤、鑑査者の見ているようで見えていない鑑査による	調剤者による調剤後の確認、鑑査者の処方箋、手帳、薬歴の確認の励行、遵守	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトール錠50mg「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。
54	ミチグリニドOD錠10mgの代わりにミグリトールOD錠50mgを渡してしまった。後で在庫確認時に発覚。まだ服用していなかったため交換しました。	在庫確認の時間帯で監査が不十分だった。薬効類似による思い込みで調剤してしまった。	調剤するときは指差し声出し確認する。処方箋のコピーに薬品名や容量まるつけて確認する。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		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。
55	グルファストOD錠10mgで処方。後発品変更でミチグリニドOD錠10mg「三和」で入力し、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」で調剤。監査時に気がついて訂正した為未交付。	同じ糖尿病治療薬であること。ジェネリック品の名称の頭文字が同じ「ミ」で始まること。	同じ引き出し内にあったものを片方カセッターへ移動する。ピッキング時も薬情、入力情報との照らし合わせを行う。	グルファストOD錠10mg	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		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)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	ミチグリニドOD錠5mgのところ、誤ってミグリトール錠50mgで調剤、一包化した。ピッキング時、分包機へのセット時、ならびに調剤監査時に誤りに気付かず、そのまま患者へ交付された。調剤後の在庫管理にて気付き、患者に連絡のうえ正しい薬剤と交換した。該当薬は未服用であったため健康被害はなかった。	名称類似、同系統薬で棚位置の思い込みがあった。分包するものと監査をするものが分かれていたが、お互いに監査しているから大丈夫だろうという思い込みがあったかもしれない。	分包機セット前や交付前にヒートの空を用いての監査を徹底する。			ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	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。
57	潰瘍性大腸炎の患者様に対し、素錠のサラゾピリン錠500が処方されていたが、ジェネリックに変更する意識で、適応違いのジェネリックであるサラゾスルファピリジン腸溶錠500を入力してしまい、交付時に潰瘍性大腸炎を確認していたが、レセコンの入力ミスに気付かずお渡ししてしまった。調剤録を再確認した際に、別の事務員が気付き、すみやかに交換させていただいたが、1回服用後であった。	入力する際、出来るだけジェネリックへ変更するとの意識の中で、同じ用量500mgであるが腸溶錠の記載を見落としした点。レセコンで入力する際に、同成分ではあるが適応症に違いがある薬剤の変更が可能なシステムの状態。ピッキングシステムについても、腸溶錠まではスクロールしないと確認できない端末であったこと。交付した薬剤師も、潰瘍性大腸炎を確認したが、間違いを気付けなかった点。	まずは入力時には、異なる適応の場合入力できないようなシステム。来局時に、患者様から病名確認を行い、ピッキングする薬剤師から交付する薬剤師までの一連の中で病名を共有していく。	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。
58	処方ではサラゾピリン錠500mgで処方されていたが入力の際に剤形変更からジェネリックを選択しサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgで入力調剤者の薬剤師も腸溶錠と錠剤が異なっていることを見落とし腸溶錠のジェネリックで調剤を実施	入力者が錠剤と腸溶錠の違いを把握しておらず剤形変更でジェネリックにしたためサラゾピリン錠を在庫していたがサラゾスルファピリジン腸溶錠は在庫があったため変更できるものとして認識してしまっていた	剤形変更の際は薬剤師と一緒に確認し薬学的に変更できるものなのか確認の実施薬局に在庫がない初めての薬品は保険薬事典で調べ、適応や後発品が存在するか確認	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品		
59	処方箋がサラゾスルファピリジンと入力するところ、誤って、サラゾスルファピリジン腸溶錠と入力されており、その間違いに気付かず、調剤投薬してしまった。	処方した病院では以前から同様の間違いがあり、入力システムを訂正してもらったことがあった。その後、病院で電子カルテが導入された時に以前の状態に戻ってしまった。患者自身も久しぶりの来院で、新規の医師が処方したため、処方入力を間違えてしまった。薬局でも来局が久しぶりだったためサラゾスルファピリジンの在庫が無く、腸溶錠しか在庫していない状況で、以前注意喚起のため付けられていた札等も無かったためそのまま調剤してしまった。	患者の既往を薬歴に目立つよう記載、薬剤の箱にも適応症を明記した。				サラゾピリン錠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。
60	薬品の名称が頻繁に処方されている薬と類似しており、気付かずにリウマチ以外の患者に調剤してしまった。	サラゾスルファピリジン腸溶錠の適応症はリウマチ患者のみにであることを薬局内で情報共有する	薬品棚にリウマチ患者のみと表示する	サラゾピリン錠	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。	
61	サラゾピリン錠500が処方されており、サラゾスルファピリジン腸溶錠500がレセコンの入力であがってきた。適応が普通錠と腸溶錠で違うため、変更不可である。	薬剤師の知識不足	店舗薬剤師と事務員に共有。剤形変える際は適応を確認するよう指導	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。	

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	一般名エスタゾラム2mgの処方 を、間違えてエスゾピクロン2mg で事務員がピッキングした。監査を 行った薬剤師が気づき、処方通り のお薬を投薬した。	エスタゾラム2mgとエスタゾラム 2mgは規格が同じであり、名前が 似ているため、間違えたと思われ る。	職員全員に似ている薬剤名の薬と 周知し、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 「トーワ」		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。
63	【般】エスタゾラム2mg眠前1錠 のところ調剤者が【般】エスゾピク ロンmg眠前1錠と見間違えて調 剤。監査の際に監査者が取り間違い を発見し、変更。	エスゾピクロンの方がよく調剤する 薬で見間違えてしまった。エスタゾ ラムは先発のユーロジンで処方され ることが多くイメージがなかった。 同じ眠剤なので思い込みが強くな った。	処方箋をきちんと確認する。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「YD」		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。
64	患者の処方が2科同時に入ってきた。 すぐに取りに来たため、慌てて 調剤した。画像付き薬袋でもあり、 薬情も出して服薬指導したはずであ るが、投薬者は患者からの相談に話 が長くなり、本来は薬袋から出して 説明を行うはずであったが、中身を見 せずそのまま渡した。調剤者は、 ピッキングシステムがあるにもか かわらず、慌てて集めてそのまま 薬袋に入れたため、患者からの画像 を送信していただくまで気づかなか った。翌朝、患者より異なる薬の 画像が送られてきたため、間違いに 気が付いた。夕方患者本人に連絡が ついたため、すぐに交換させていただ いた。	調剤者は、2科同時の調剤でも、必 ず自己鑑査を徹底する。投薬者は、 患者の前で、必ず中身を出して画像 付き薬袋を患者と一緒に確認するこ とを徹底する。	調剤者は、必ずピッキングシステ ムを使い自己鑑査を確認する事を 再度、薬局内で徹底する。投薬者 は、必ず中身を出して画像付き薬 袋で、患者と一緒に確認すること を徹底する。相談に耳を傾けると きは、投薬が終わってからゆっく り話を聞くこと。	エスゾピクロン錠2mg 「明治」	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
65	エスタゾラム錠2mg「アメル」を調剤するところエスゾピクロン2mg「サワイ」を調剤した。鑑査でも誤りに気付かずそのまま投薬、帰宅後患者が誤りに気づき電話連絡あり。正しい薬と交換する。	名称類似のため	名称類似医薬品の表を作り取り違えの注意喚起をした。	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。
66	患者に新しくミルナシプラン25mgが処方されていたところ、ミルタザピン15mgをお渡ししてしまい、患者から連絡があった。	薬剤師がミルナシプランの在庫を把握しておらず、店舗でよく調剤するミルタザピンを調剤し、鑑査でも気づかずにお渡ししてしまった。	調剤時、鑑査時における指差し、声出し確認を必ず行うようにルーブル化した。			ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「アメル」	ミルタザピンとミルナシプ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。
67	処方箋に(般)エスタゾラム錠1mgと書かれていた。先発医薬品であるユーロジン1mgを調剤するところ、(般)エチゾラム錠1mgの先発医薬品であるデパス1mgを調剤した。	患者は、薬局閉店時間の間に来局した。急いでいる様子が気になり、調剤者、交付者ともに処方内容の確認が不十分であった。	忙しい時は鑑査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者、鑑査者、交付者は別の人物とすることで三重のチェックを行い、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐ事に気をつける。	ユーロジン1mg	デパス1mg		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。
68	ヤーズフレックス配合錠処方のところドロエチ配合錠に変更して調剤	ヤーズフレックス配合錠処方の患者様のGE該当薬品を検索したところ変更の候補が上がってきたドロエチ配合錠を選択して調剤	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情報共有。GE該当品について再確認	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
69	一包化の患者でDo処方、処方箋記載のペオーバ錠50mgをベタニス錠50mgと勘違いして調剤、投薬した。1か月後の再受診時に、Do処方ヘルプに来た薬剤師が一包化調剤の際に、分包機の履歴を確認した同薬剤師が、カセットのベタニス錠50mgが一包化調剤されていることに気づき、誤調剤が発覚した。患者宅を訪問して残薬により事実確認した後、処方医に、経緯と体調変化がない旨を報告し、本人にも同様に説明した。	休み明けの月曜日、午前中終了間際、一人薬剤師で一包化の患者多数であった。	バラ錠の在庫、分包機カセット新規作成による、一包化調剤の効率化。	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。
70	病院へ患者さんが、違うお薬が入っていると連絡。病院から、ペオーバ50mg 1t63日分調剤のところ、ベタニス50mgでの調剤でのお渡しではないかと指摘の連絡あり。こちらから患者に連絡したところ、ベタニス50mgで調剤していることが判明。1日分服用していたが、健康被害なし。患者宅へ、出向き、ベタニス50mgとペオーバ50mgを交換した。	職員の休憩回し時間中で、人手不足などもあり、気持ちが焦っていた。思い込みも重なり、ピッキング間違いから、監査ミスにつながってしまった。	思い込みがあるので、きちんと薬歴チェック→監査をしっかりと行う。	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。
71	処方箋の記載はベタニス錠50mgであったが調剤された薬はペオーバ50mgであった	同じ様な処方が立て続けに来ており、薬品の頭文字と規格が同じの為名称をしっかりと確認せずに調剤をしてしまい、調剤後の自己監査もしていなかった	必ず薬品名を最後まで確認し、調剤後に自己監査をしてから監査者に薬を渡す	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
72	いつも一包化でお渡ししている患者様でベオーバで出ていたものが今回からベタニス錠に変わっており気づかずにお渡しその後、投薬者が薬歴を見ているときに気づき、急いで患者様にお電話を入れたところまだ服用せずに薬局周辺にいたことからすぐに新しいものに変更し謝罪してお渡し。最初にお渡ししたベオーバ錠は回収。	一包化を作る前のチェックと監査時のチェック、投薬時における患者とのコミュニケーションのずれをスルーしてしまったまた今回は一包化を作るまえのチェックと投薬者が同一人物であったため投薬時には間違いないとの思い込みもあった	それぞれの段階でのチェックを今一度見逃しがないように入念にチェックする。また一包化を作る前のチェックする者と監査する者、投薬者は出来るだけ全員違う人物で行うようにする			ベオーバ錠50mgベタニス錠25mg	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。
73	生殖可能な年齢の患者に警告であるベタニスの処方病院に疑義紹介しベオーバに処方変更	病院側が該当医薬品の警告について把握していない	処方鑑査をしてから調剤を始めることの徹底該当医薬品の警告についてスタッフ間で注意喚起の実施			ベタニス錠25mg	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。
74	薬の名称から薬効を想像したら1文字目だけ同じ別の薬をイメージしてしまった。	薬効を考えながら慌てて取った為1文字目が合っている薬を選んでしまった。	調剤室から出る前にもう一度処方せんと突き合わせて確認する。	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。
75	トラセミドOD錠4mgからトラゼンタ錠に変更になっていた。前回処方方はトラセミドだったため念の為医院に確認するとトラセミドの入力間違いだった。	医院内での処方箋への薬剤の入力ミス。	前回処方方の変更を十分にチェックすること。	トラゼンタ錠5mg	トラセミドOD錠4mg「TE」		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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
76	当該患者は、トリクロルメチアジド2mg(フルイトラン)を処方されていたが、誤ってフルニトラゼパム2mgを調剤した。後日、フルニトラゼパムの在庫数がシステムと一致しなかったことから、当該患者を訪問し、誤調剤が発覚した。手持ちが残っていたため、まだフルニトラゼパムは未使用の状態であったため、健康被害は生じなかった。すぐに正しいトリクロルメチアジドをお渡し、誤って調剤したフルニトラゼパムは回収した。	処方箋の記載がフルイトランとなっており、名称の似ているフルニトラゼパムと誤認識し、取り集めの際も、鑑査・投薬の際も誤りに気づけなかった。薬剤師の経験年数が少なく、商品名と一般名の一致が不十分だったため、誤認識が起りやすかった。ま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。	・処方箋のみでなく、レセコン上で調剤されている薬品名も確認する。 ・薬袋の薬品名の印字と医薬品の照合なども怠らず再発を防ぐ。	トリクロルメチアジド錠2mg「トーフ」	フルニトラゼパム錠2mg「JG」		フルニトラゼパ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。
77	カルデナリン錠2mgの処方をカンデサルタン錠2mgで調剤。投薬者が見つけカルデナリン錠2mgへ	いつもより患者さんの少ない日であり、注意力が散漫であったと予想される。そのため、調剤する機会が少ないカルデナリン錠2mgを一見しただけで、調剤の機会が多いカンデサルタン錠2mgと思い込み調剤したと思われる。	調剤の機会が少ない医薬品を使用する患者さんのカルテにカンデサルタン錠2mgで取り揃えた経験があることを記入して、監査で間違いの無いよう注意喚起を添えた。	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。
78	事務員がピッキングし薬剤師が監査調剤した。	夕方の繁忙時間帯で事務員の取り間違いと薬剤師が監査ミス。	取り間違いを防ぐためエブリックを導入取り間違いと規格違いをなくす取り組みをした。	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	クエン酸第一鉄錠を渡すところを誤ってクエンメット錠を渡した模様	名称が類似しているため誤ったものと推測される	ダブルチェックの徹底を行う	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
80	<p>該当患者は、平素より当薬局ご利用の11歳男性。投薬は患者の母に行っている。以前より、インチュニブ1mgを1錠から開始し、前回来局時までにインチュニブ1mg3錠まで増量となっている。今回処方せんが「インヴェガ3mg1錠」となっていたため、診断名変更や処方薬変更となったかと想定されたが投薬時に患者母より「これまで1mg3錠で飲んでた薬が3mg1錠に変わった」と聞き取り。処方入力間違っている可能性がある為、電話にてクリニック事務スタッフ仲介の下処方医へ確認。その後、「インヴェガ3mg」→「インチュニブ3mg」へと変更となった。</p>	<p>クリニックにおける処方変更時の処方入力チェック漏れ</p>	<p>入力監査や聞き取りを徹底する</p>			<p>インヴェガ錠3mg インチュニブ錠3mg</p>	<p>インヴェガとインチュニ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。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
81	<p>当初、処方箋には「(般)グリクラジド40ミリ3錠1日3回毎食後20日分」と書かれていた。ご本人に聞くと、血糖値が高いと指摘された事も特になく、血糖降下剤の服用は初めてと回答された。グリクラジドの服用回数も多く、投与開始時の用量も多く、不安が残るため、病院へ疑義照会した。その結果、「(般)グリクラジド20ミリ2錠1日2回朝夕食後20日分へ変更です。これであれば、1日40ミリから開始になりますよね?」と確認され、その処方へ変更となった。翌日病院からTELあり、「グリクラジド20ミリ2錠1日2回朝夕食後20日分→グリチロン配合錠3錠1日3回毎食後20日分へ変更してほしい。ご本人には医師から直接変更になった旨説明したとの事。グリチロンを郵送でお送りしました。</p>	<p>当初、初回からグリクラジドを1日3回で服用するかに疑問を持ち、疑義照会しました。ご本人に聞いても、血糖値の話については医師から特に何も言われておらず、副作用の説明もなかったと。疑義照会も大分時間がかかっており、また事務の方も「グリミクロン」とはっきりおっしゃっていました。服用開始用量もあっていたので、このまま信じて投薬してしまいました。</p>	<p>血液検査数値など、患者さんにも病院にももう少し深く聞けば、もっと早く間違いに気づけたかもしれない。</p>			<p>グリミクロンHA錠20mg</p>	<p>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。</p>
82	<p>ブラビックス75mgが初めて追加になった患者。店舗には在庫がなく、支店に在庫があったため小分けの依頼を電話とFAXでお願いした。監査をしようとした薬剤師が小分けの薬を監査する際にブラビックス75mgではなく、ラスビックス75mgだったことに気が付いた。患者への交付前に気が付き、支店よりブラビックス75mgと至急交換して患者に交付した。</p>	<p>当薬局でも支店でも、ブラビックス75mgの取り扱い頻度は極めて低く依頼を受けた事務も触れ慣れてなく頻繁に処方されるラスビックス75mgと思いついて準備をした。頭文字は異なるものの名前が似ており、ミリグラム数も同じなことで起こったと考えられる。</p>	<p>当薬局及び支店を含め依頼薬の準備をした者とFAXと薬剤を確認する者として複数人がかかわるように声掛けをした。</p>	<p>ブラビックス錠75mg</p>	<p>ラスビックス錠75mg</p>		<p>ブ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。</p>

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
83	薬品名類似	繫忙期	錠剤自動監査システムによる監査の強化	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
84	ベタヒスチンメシル酸錠6mgのところ、間違えてペポタスチンOD錠10mgを調剤した。	調剤時の不注意	薬局内での事例周知と配置場所の変更(隣→左右両端)	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ペポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「トーワ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
85	門前からの処方にてベタヒスチンメシル酸塩錠3錠分3毎食後7日分処方あった。しかしペポタスチンベシル酸塩錠を調剤。患者さんに服薬指導する前に気づき、再度調剤しベタヒスチンをお渡しした。	名称が一部似ている部分があり、慢心的にピックアップしてしまったこと。また、患者が立て続けに来ており処方監査が甘く細部まで確認できていない状態で、調剤してしまったことが要因に挙げられる。	処方箋監査の確認を徹底する。調剤する薬剤と処方箋に記載されている薬剤が正しいか調剤するとき指差し確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
86	ベタヒスチン6?r2錠分230日分の処方に対して、ペポタスチン10?r2錠分2でピックアップした。監査者の指摘あり、交付前に正しく調剤した	ベタヒスチンが通常分3で調剤することが多く、用法を見て思い込んで調剤した。また、花粉症シーズンで、長期アレルギー処方をされる患者が多かった	名称類似の取り違えを防ぐために、GS-1チェッカーによる照合を行っており、引き続き使用していく	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ペポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
87	一般名ベポタスチン処方ベタヒスチンと読み違い、ベタヒスチンを取り揃えた。	一般名称がよく似ている。	両薬剤が薬品棚の近い位置に配置されていたので、ベポタスチンを棚から外し、引き出しに入れた。薬品を用意する際にも、ピッキングの動作が異なるので、ミスを防ぐことができるかと判断した。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
88	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」が処方されていたが、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」の在庫がある場所を探しており、指摘を受けた事である。	名称が類似しており異なる効能を示す薬だと意識が足りてなかった為である。	処方箋に記載されている薬の名称だけでなく、規格に着目する事やそれぞれの用法についても頭に入れて、知識を定着させる必要がある。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
89	ベポタスチンベシルが処方されたことのある患者さんにアレルギー性鼻炎でベタヒスチンメシルが処方された。間違えないように薬品をピッキングしたつもりで間違えた	思い込みが強かった	薬を置く場所の変更と間違えないように注意の色分けをした	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「トーワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
90	風邪薬の処方、ベタヒスチンメシル酸塩12mgが1日2回で処方されていた。本人に確認したところめまいなどの症状は無く、鼻水が出ているとのことで、ベポタスチンベシル酸塩10mgへ変更になった。	10時ごろで病院も薬局も忙しい時間帯でもあった。病院側のカルテから処方箋への記載ミス。	前監査を行い、忙しい時こそ焦らず、患者様にも症状を確認し、病院へ確認する。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「CEO」		ベポ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
91	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが分3・28日分で処方されていたが、誤ってベポタスチンベシル酸塩錠10mgをお渡ししてしまった。	頭文字の最初だけ見てベポタスチンが出ていると思い込んでしまい、調剤ミスをしてしまった。調剤数が多かったため薬袋に入れるときの確認も散漫になってしまった。	ダブルチェックを徹底すること。改めて調剤数の多い患者さんに関しては処方せんと出ている実物の数など改めて書き出して確認しておく。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」		ベポ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。
92	処方箋受付後、患者が外出。薬剤師Aが調剤、薬剤師Bが監査し薬袋に薬を入れた状態で患者の来局を待つ。患者が来局し、監査済の薬を薬剤師Cが交付。交付時に薬袋から取り出して中身を確認したところ、ベタヒスチン112錠(ピローシート100錠+端数12錠)のうち、100錠がベポタスチンであることに気が付いた	輪ゴムで束ねてあり、PTPシートのバーコードを読む監査機にて照合したが、端数12錠で照合され監査時に気が付かなかったと思われる。薬品棚が隣になっており、調剤の頻度も高い薬剤。ピッキングする際に混在したと推測される。	薬品棚の間隔をあけた。監査機の照合は今まで通り行うが、ピローシートなど全量のチェックを行うよう薬局内で監査手順を確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーフ」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
93	定期薬でベタヒスチン錠が処方になった患者様で監査の際に84錠のうち4錠だけベポタスチン錠が混ざっているのを発見。薬の棚を確認すると、ベタヒスチンとベポタスチンの棚それぞれにお互いの薬が少しずつ混ざっていた。その後間違っただけで渡してしまったものがないか確認したが、特に間違っただけのものはない。正しい薬を改めて取り、投薬。	名前が似ている薬だったため、間違えて薬を調剤し、もとに戻す際に違う棚に入れてしまったのではないかとと思われる。	鑑査の際は見た目やヒートの名称もしっかりと確認する。薬を棚に戻す際には必ず薬が合致しているか確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーフ」	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「トーフ」		ベポ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。
94	タリオン錠10mg処方ジェネリック薬のベポタスチン錠10mg「タナベ」変更調剤のところ、ベタヒスチン錠6mg「日医工IP」で調剤。調剤監査はGSIコードで読み取り監査でも気づけるが、その前の調剤後の状況で調剤ミスに気付いた	名前が酷似している。調剤棚位置も前後と同じであるが、完全に思い込み調剤が要因	同じ名称の薬の複数規格であれば「複数規格あり。要注意」の札を貼り注意喚起しているが、名称酷似まではできてない。ヒヤリハット報告することで職員と共有し調剤ミスを事前に防ぐようにする	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工P」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
95	ペポタチン錠10mgを、ベタヒスチン錠6mgで誤って交付。患者2回服用後薬品名間違いに気づき連絡あり。	薬局内でペポタチン錠10mgを、ベタヒスチン錠6mgどちらも交付回数が多い薬である。	薬局内で周知。薬のカセットに、アレルギー薬めまいやくと表示。薬名を色を変えて大きく書いた。ベタヒスチンをヒートの色が似ていないメーカーに変更予定。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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。
96	ベタヒスチンを調剤しないといけない所、間違っってベポタスチンを調剤してしまった	慣れや慢心、思い込みもあったか？	配置場所を離れた	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「TSU」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ベポタスチンベシル酸塩とベタヒスチンメシル酸塩の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	処方はテグレート錠100mgであったが、類似名称のテオドール錠100mgを調剤、一包化、監査し投薬。調剤、一包化者は同一薬剤師で監査者、投薬者は同一薬剤師であった。監査時に空ヒートがテオドールであることに気が付かず、錠剤監査はヒートを見ての監査であったため気が付かずに見逃してしまった。患者さん服用前に薬歴入力時に監査、投薬した薬剤師が気が付き回収した。	監査者はテグレートであることはわかっていたが、集中できてなかったのかテオドールのヒートであることに気が付かず、錠剤監査時はヒートをもとに確認したため気が付かなかった。	監査時は集中できる環境を作れるようにする。	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
98	【般】カルバマゼピン錠100mgの処方、通常は、カルバマゼピン錠100mg「アメル」を投薬。しかし、出荷規制にて入荷できず、先発のテグレート錠100mgを準備。しかし、事務員が薬品棚の「テグレート錠100mg」棚の隣の「テオドール錠100mg」を集約。投薬前に薬剤師の監査にて、間違いが発覚し、訂正。	普段から、名前が類似している商品は、事務員に注意喚起をしたり、薬棚に記載したりと指導している。しかし、今回は急遽、医薬品の供給不足で通常とは異なる状態での誤りでした。	投薬前のバーコードによる機械的監査の徹底の継続。	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。
99	スピリーバレスピマット処方の方にスピオルトレスピマットで監査をしてしまった投薬時に間違えであることに気づき正しいスピリーバレスピマットで患者様にはお渡ししてきた	スピリーバレスピマットとスピオルトレスピマットの保管場所が近かった文字列と思い込みで誤った薬を取ってしまった	スピリーバレスピマットとスピオルトの保管場所をはなしそれぞれ在庫は箱ごとユニバックに入れて保管しピッキングの際に注意できるようにした	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入		スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットの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。
100	スピオルトレスピマット60吸入用が処方されたが、スピリーバ(2.5)レスピマット60吸入を調剤し、その後の監査でも誤りに気付くことなくスピリーバ(2.5)レスピマット60吸入をそのまま投薬した。投薬時は必ず患者様へ現物を見せて確認してもらってるが、患者様から間違いを指摘されることもなかった。2/19に入院先の病院の薬剤部より、薬袋に記載されている薬名と異なるお薬が入っていると連絡あり、ミスが発覚した。	背景・要因患者様が多い時間帯で焦っていたのもあり、薬剤名の思い込みと確認不足のため結果的にミス繋がったと思われる。	ごく当たり前のことであるが、似た名称の薬名のは棚番を別にし保管場所を離すなど検討しなおす。思い込みで見落としが無いよう処方箋を丁寧に見るように撤去する。	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
101	10/31に初めてスピオルトレスピマットの処方があった。在庫がなかったので、発注して翌日納品があり、事務員にとどけてもらった。次の処方12/25であった。年が明け1/11に処方が出て、セットせずにお渡しした。2/8に来局されたとき、セットしてほしいとスピオルトレスピマットを持参される。その時使い終わったスピリーバレスピマットも一緒に持ってこられる。スピオルトレスピマットを調剤していたつもりだが、間違えてスピリーバレスピマットをお渡ししたのではないかと疑問が出たので、本人にこれをいつごろ吸入していたかと確認したが、はっきりしなかった。	スピリーバレスピマットは毎月処方が出ている人があり、在庫している薬の名前にもなじみがあるが、スピオルトレスピマットは初めての処方であったため、つい間違えてしまったのではないかと考える。いつどうなったのかがはっきりしないままであるが、そうならないためにも間違いがないようにしなくてはけない。	忙しい日々ではあるが、一つ一つ丁寧に確認していくことを改めてしていく。	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。
102	スピリーバが処方された患者の調剤を準備している際に、スピオルトが準備されていたことに薬剤が気づき、正しい薬剤を取りそろえた	当日、欠員が出ており普段より業務過多になっていた。そのような背景も重なって、薬剤名が似ているため取り違えたと思われる。	薬剤名が似ている薬剤があることを薬品保管庫の引き出しに注意喚起するためのポップを貼る等の対策を実施	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。
103	スピリーバが処方されていたが、スピオルトで渡してしまっていた	薬剤の外箱の類似、デバイスの類似、監査システムに通さなかったことが原因	監査システムの徹底利用	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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
104	タケルダ配合錠が処方される。タケキャブ錠10mgを調剤した。医薬品交付後すぐにきずいたため、渡した医薬品を回収し正しい医薬品を交付した。患者はまだ服用していなかった。	患者は薬局閉店時間の間際に来局した。患者が急いでいる様子が気になる。調剤者、交付者ともに処方内容の確認が不十分だった。	忙しい時は、鑑査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者、鑑査者、交付者は別の人物にすることで三重のチェックを行い、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐ。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠 10mg		タケキャブとタケルダ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。
105	ノルバスクが正しいところを間違えてノルバデックスをピックアップしてしまった	最後まで薬剤名を確認することで防止する	棚に注意書きをする	ノルバスク錠 5mg	ノルバデックス錠 20mg		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。
106	処方箋にユリーフ(4)の処方があった。患者さんが女性のため、適応外なので念のためにDRに確認するとユリーノーム(50)だった。 患者さんが	思い込みで調剤してしまったと思います。混雑していた時だったので気が持ちが焦っていた。いつもと同じ処方内容だったので、一つ一つ処方内容の確認をしなかった。	調剤忘れを防ぐ為に、調剤、鑑査の過程で医薬品ごとに鉛筆で二重チェックを行い、薬を交付する際には一つ一つ確認することを徹底することとした。	ユリーノーム錠50mg	ユリーフ錠4mg		ユリーフとユリーノーム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	取り違え	取り違え	注視	ルパフィン錠 10mg	ルセフィ錠 2.5mg		ルパフィンとルセフィ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。
108	外来でルパフィンが処方になっていたが、ルセフィで調剤していた。ピックアップの機械を使用した際にエラーが出たので、そこで間違い気づいた。	類似している薬を採用している為、間違いが起きてしまった。	名前が類似している薬は特に注意が必要なので、類似薬リストを出して注意喚起をした。ピックアップの機械を必ず使用することで、このような間違いを防げる為、今後も必ず使用することを徹底した。	ルセフィ錠 5mg	ルパフィン錠 10mg		ルパフィンとルセフィ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
109	マイスタン錠5mg1錠不眠時の処方だったが、患者はてんかんの既往もなく用法も不眠時の為、疑義照会したらマイスリー錠5mgの処方ミスが発覚した。	マイスタンとマイスリーで、類似する名称の為、処方ミスが起こったと考えられる。	処方薬をそのまま調剤するのではなく、既往歴には合わない薬が処方された場合、確認する必要がある。			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。
110	マイスタン錠とマイスリー錠の処方間違い。投薬時に患者さんと相互確認で間違い判明、疑義照会に変更になった。	薬剤名類似、規格も同じため、間違いやすい処方内容だった。	投薬時患者と相互確認、違和感あればもれなく疑義照会を行う。	マイスリー錠10mg	マイスタン錠10mg		マイスリーとマイスタンの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。
111	マイスタン錠5mgが処方されており交付時に説明したところ、患者認識が異なるため照会。いつも処方となっているマイスリー錠5mgに変更となった。	医師と患者のコミュニケーション不足。始め3文字が同じ名称のため、薬品検索時の勘違いが勃発したと思われる。	薬歴をしっかりと確認し、毎度同じ処方であってもしっかりと処方内容と齟齬がないか確認する。			マイスタン錠5mg マイスリー錠5mg	マイスリーとマイスタンの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	テルネリン189錠を調剤するところ、その内20錠がテノーミン25mgだった。幸いその20錠が一番外側に組まれており薬剤鑑査機を通らなかったため、もう一人の薬剤師が目視したところ一部が違う薬剤で調剤されていることに気付いた。	今回の事象が発生するより前の段階で、テノーミンを調剤した者が薬を戻す際に誤ってテルネリンの棚に戻したと思われる。もともとテルネリンは上の棚、テノーミンは下の引き出しにあり場所は離れているため、名前が似ていることによる思い違いが要因と推測される。	薬局内で起こったことを共有した。また、どちらの薬剤もそれぞれ1名にしか出ていない薬のため、薬の箱に処方されている患者の名前を付箋でつけて調剤時に注意できるようにした。	テルネリン錠1mg	テノーミン錠25		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。
113	カナリア錠を調剤鑑査するところ、カナグル錠を調剤鑑査した。	糖尿病薬と認識し、最初の二文字カナだけで判断してしまった。	名称を確認するとともに、薬情の写真とも付け合わせて鑑査することの徹底。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	カナグル錠100mg処方されてる患者様に、合剤のカナリア配合錠を投薬した。全て服用後、処方箋持参されて投薬時に「前回と同じカナグル錠です」と投薬すると、「前回はカナリア配合錠だった」と話された。患者様に特に異常なかったが、主治医にも報告しました。	カナリア配合錠とカナグル錠を隣り合わせに配置したことや、監査して投薬した薬剤師の不注意も考えられる。	薬剤を別々に配置した。			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。
115	薬品名誤り	焦り、慢心	処方箋熟読	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
116	患者さんから降圧薬が増えることを聞かされていなかったこと、アレルギーの薬を出してもらおうようお願いしたと話があった。他にも降圧薬を服用しており、追加でシルニジピン錠10mg2T分2となっており、年齢、併用薬からも追加量として多いのではと思ひ、疑義にて確認。アテレックではなくアレロックを処方したつもりだったと返答あり。	一般名処方でシルニジピンが処方されていたが、院内のオーダーでは先発名での表記となっておりアテレックがオーダーされていた。ドクターはアレロックを処方したかったようで、名称が類似している為間違えたと思われる。	投薬時に変更点、Drからの話を患者さんに確認、処方監査を行う	シルニジピン錠10mg「NIG」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「サワイ」		アレロックとアテレックの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。
117	今回よりシルニジピン5mgが処方追加されたが継続して同じカルシウム拮抗剤のアゼルニジピン8mgを服用中だったため薬効分類が重なるため疑義照会をした医師はカルテにアレロック5mgと記載するところアテレック5mgと記載してしまっていたことが分かりアレロック5mgへ変更になった	今回の医師はカルテに先発品名で記載するようだが名称が類似しているため記載ミスをしたと推定される	薬が追加や変更になった際には患者にも診察時に説明を受けているかを確認する薬効分類が重なる時は必ず疑義照会をする	シルニジピン錠5mg「JG」	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーフ」		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。
118	今回の処方よりアテレックが追加になっていたため服薬指導時に血圧等の確認を行った。その時に患者より血圧の薬が追加になるという話はなかった、花粉の薬は欲しいと言ったが、という話を伺ったため処方薬の間違いに気づいた。	薬の名称が似ているため医師が入力する際に間違った薬を入力してしまったと考えられる。	新しい薬が処方された際は必ず患者にヒアリングを行い、症状と薬がっているかの確認をする。	アテレック錠5	アレロック錠5		アレロックとアテレックの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
119	歯肉炎に対し、セフポドキシムプロセチル錠100mgが3錠分35日分で処方されていた。以下2点の点から、処方箋の間違いを疑った。1.セフポドキシムは分2の薬であること、2.歯肉炎に対し、同医師から以前処方されていた薬が、セフジトレンピボキシル錠分35日分であったことの上記2点から類似名称による薬剤の間違いの可能性が示唆された。疑義照会を行ったところ、セフジトレンピボキシルの誤りであり、訂正してお渡しした。	類似名称について、医療機関側の知識不足が推定される。	用法に注意したこと、類似名称の処方歴があったことを把握できたことが、過誤防止に繋がったと考える。	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」	セフポドキシムプロセチル錠100mg「SW」		セフジトレ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。
120	B病院で継続して服用していた一硝酸イソソルビドを、他の継続薬をもらってA病院で今回から処方を出してもらった。A病院の医師が一硝酸イソソルビドを硝酸イソソルビド徐放錠と勘違いし処方指示を出した。当薬局の薬剤師が監査時にお薬手帳の内容と処方箋の内容が異なることに気づき、患者に尋ねたことで発覚した。その後疑義照会にて一硝酸イソソルビドに変更となった。	A病院の医師の確認不足、類似薬剤名の勘違いによって起きた事例である。	今回お薬手帳があったことで異変に気づき、患者に確認が取れた。今後もお薬手帳の確認を徹底していくことで今回のような事例による事故の発生を防ぐことが出来ると考えられる。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの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	転院してきた患者(新患)の定期薬の処方せんを受け付けた際に、これまで一硝酸イソソルビド錠20mgを服用していたが代わりに硝酸イソソルビドカプセル20mgが処方されていたため疑義照会したところ、一硝酸イソソルビド錠20mgへ処方変更になった	似た名称の薬剤のため混同したか、処方入力の際の選択間違いと思われる	現在服用薬をお薬手帳などで確認し処方変更や追加薬等があった場合には患者に確認し、解決しない場合は処方元にも確認する	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	今まで他病院で薬が処方されていた患者が転院。これまでは一硝酸イソソルビド錠20mgを服用しており、今回は他病院からの継続処方だったが、ニトロールRカプセル20mgで処方。医師に疑義照会したところ、アイトロール錠20mgへ処方変更になった。	一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド徐放錠20mgは名前が似ており規格も同じため間違ってしまったと思われる。また普段処方しない薬なので馴染みがなかったと考える。	名称類似薬は特に注意し、患者への聞き取りやお薬手帳の情報から疑問に思った際は必ず医師に確認する。	ニトロールRカプセル20mg	アイトロール錠20mg		一硝酸イソソルビドと硝酸イソソルビドの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	タダラフィル10mgClが処方されていたが患者インタビューから勃起不全ではなく尿の出が悪いから薬剤が追加になることを確認してタダラフィル5mgZAの処方と間違えたと推測。他にも保険調剤であること、用法が1日1回朝食後であることから処方薬剤違うが強く疑われた。	タダラフィルは同一成分でも違う適応の薬剤が複数存在するため間違えたと思われる。	患者インタビュー、用法用量などのすべての情報を総合的にみて処方内容に誤りがないか今後も考えていく	シアリス錠10mg	タダラフィル錠5mgZA「サンド」		タダラフィル製剤において一般名が同一であることによる薬剤取違い事例等が複数報告されていることから、製造販売業者等は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
124	レバグリニド0.253錠毎食後で処方(その他2剤)食直前服用の薬だったので病院に疑義照会しようとしたが休憩時間中で連絡がつかず、患者に上記旨を先に確認しようとした所、医師がレバミピドを処方しようとしたが処方箋の記載ミスがあった事が発覚。その後、病院と連絡が取れレバミピド1003錠毎食後に訂正された	病院で処方箋の記載入力時にミスがあったよう	今回はレバグリニドが初処方だった事もあり早い段階で処方ミスが分かったが、投薬時は初処方でも患者の症状と薬の適応に相違がないかきちんと確認している。	レバグリニド錠0.25mg「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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
125	他の薬局でいつも調剤を受けていたが、その薬局の閉局のため、当薬局に初めて処方箋を持ってこられた。処方箋の記述では一般名でサラゾスルファピリジン錠500mgと記載あり。以前の薬局ではサラゾピリン(適用潰瘍性大腸炎)が調剤されていた。患者さんは関節リウマチを罹患していた。もしかしらサラゾピリンではなくアザルフィジンENではないかと思い、医師に疑義照会をした。医師はアザルフィジンENであると答えがあった。としたら記載はサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg出ないといけないため、病院薬剤部にも伝えて、注意喚起するように申し伝えた。	他薬局における一般名処方入力での薬剤選択で間違いの可能性の高い薬剤であることに認識不足、医師のレセコン入力での確認不足、もしかしたら病院における、薬剤名と一般名の関連付けの間違い	同成分で適用の異なる薬剤の一般名処方の場合には、患者さん、医師に病名を確認したうえで調剤する。			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。
126	処方箋にサラゾピリジン錠500mgの処方あり。他剤にメトトレキサート、フォリアミン、プレドニンなどリウマチを疑うような薬剤が共に処方されていたので不審に思い患者様に潰瘍性大腸炎か確認。リウマチである旨を確認し疑義照会。サラゾピリン腸溶錠500mgに変更となった。	一般名のみ確認で片仮名の部分のみ確認し誤処方となった可能性がある。	紛らわしい薬剤の情報共有及び、薬剤名は一部のみではなく全体を確認するようにしている。	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。
127	以前よりリウマチでサラゾスルファピリジン腸溶錠を継続服用していた。来局時にお薬手帳を確認して家族に聞き取りの結果、貧血及び消化性潰瘍で他病院に入院して、その際に腸溶錠から素錠に処方変更退院処方も同様にサラゾピリンで処方されていた為、疑義紹介を行い潰瘍性大腸炎ではないと確認の上で処方変更となった。	オーダーリングシステムに当該薬品の登録がなく、やむを得ず処方をした。適応違いということに気が付いてなかった。	類似名称で適応違いの薬剤もあるため、事例の周知徹底を行い情報を共有する	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	入院中にアザルフィジンEN錠500mgを服用していた患者様が、退院後、初めて院外処方せんを持参した。処方箋には(般)サラゾスルファピリジン錠500mg(先発品:サラゾピリン錠500mg、適応症:潰瘍性大腸炎等)2錠分2の記載であった。入院中にリウマチでアザルフィジンENを服用中と口頭で患者様から伺っていたことから疑義照会したところ、(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg2錠分2の記載誤りと判明し、変更となった。	一般名処方類似していたため、カルテ上の薬剤選択ミスなどが考えられる。	薬歴サマリーやお薬手帳、患者様から事前に伺っていた情報と処方箋の薬品名に矛盾や疑わしいときは、曖昧なままにせず疑義照会するようにしている。	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。
129	継続で服用中のサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgが、今回処方より、サラジピリン錠500mgに変更となった。患者さまに聞き取りを行ったところ、処方変更はないし、疾患名や治療について、変更はないとのことでした。疑義照会を行い、処方間違いが発覚しました。	4月より、病院内の処方コマンド設定が変更となったようで、前回D oだと上手く処方が反映されなかったようです。そこで手入力を行い、類似名称のサラジピリン錠500mgを選択してしまったようです。	今回は以前より当薬局をご利用いただいていた患者様であり、お薬手帳による管理も適切にできていた症例だったため、このような疑義照会に繋がりました。それらがなかった場合でも、患者様からきちんと情報を聞き出し、適切な疑義照会を行えるようにしていきたいです。	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。
130	クリニックで定期処方でクロピドグレル錠75mg1T1×で処方されているが、今回クロピドグレル錠25mg1T1×が処方され追加処方が疑義照会で確認、クロチアゼパム錠5mg処方であることを確認した。	定期処方でクロピドグレル錠75mgが処方されているがクロチアゼパム錠5mgの処方時にオーダーリングの薬剤の選択ミスのためと思われる。	クロピドグレル錠75mgが定期処方されおり、今回クロピドグレル錠25mg処方について薬歴より必要性について疑義照会でオーダーリングミスを回避できた。薬歴の内容について再確認していくことをスタッフに周知した。	クロピドグレル錠25mg「トーワ」	クロチアゼパム錠5mg「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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
131	リウマチ患者にサラゾピリン錠が処方されていた。サラゾピリン錠の適応症にリウマチはないため、疑義照会したところ、サラゾスルファピリジン腸溶錠へ変更となった。	同一成分であるが適応症が異なることを医師が認識していなかった可能性がある。名称が類似しているため、医師が見間違えて処方した可能性がある。	新規処方の際は適応症や用法・用量が適切かを特に注意して監査する。間違えやすい医薬品に関する動画を定期的に視聴し、記憶する。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「N I 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。
132	いつもサラゾピリンをお渡しの患者さんに一般名処方でもサラゾスルファピリジン腸溶錠と記載あり。適応も異なり、病院のミスが疑われたため疑義紹介した。	サラゾスルファピリジン錠サラゾスルファピリジン腸溶錠が異なることに対する知識不足。病院事務の処方箋入力時の選択ミス。	研修にて間違いやすい医薬品の研修を定期的に行っており、この医薬品も該当していたためすぐに気づいた。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「N I G」	サラゾピリン錠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。
133	一般名でのプラセボがありで処方されていたが、プラセボなしのヤーズフレックスを使用していた	医師の認識不足と、レセコンで一般名が似ていたため	ヤーズ(ドロエチ)とヤーズフレックスの違いの周知と、誤って変更調剤しないように印付けを実施	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。
134	日頃クエンメット配合錠を服用中の患者様に、一般名処方でもクエン酸第一鉄50mgでの処方箋を持ち込み。処方箋入力時に誤りである可能性があるため疑義照会し、病院の入力ミスであることが判明。通常通りクエンメット配合錠へ変更となり投薬。	クエンメット配合錠は一般名がクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤であるため、頭文字の「クエン酸」の部分だけ見て処方した可能性がある。	日頃来局していただいている患者様に関しては服用履歴がお薬手帳がなくとも確認できるため、疑問に感じることは疑義照会する必要があると考える。	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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
135	一般名処方でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム、尿酸のお薬であり、患者様は貧血の症状を訴えていた。そのため、類似医薬品との入力誤りだと考え、疑義照会。クエン酸第一鉄に変更となった。	一般名の類似医薬品の名前のためだと考えられる	日頃から、患者様の訴え聞き取り、症状と薬の整合性があるか、確認怠えないようにする	ウラリット配合錠	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	一般名処方でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠の処方があったが、患者の現在の症状と相違があったため処方元に確認、クエン酸第一鉄の間違いであった。	一般名が類似していたためと考えられる。	初回処方の際には患者の現在の症状と相違ないか必ず確認する、処方元へも一般名類似している医薬品について逐次情報提供を行う。	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。
137	今回デベルザ追加処方あり、糖尿病にて他剤服用中で追加処方の可能性として十分ありえる。患者さんに追加について説明したところ、医師から説明を受けていないと発覚。電話にて疑義したらデザレックスの処方間違いだった。患者さんは鼻炎もあり追加について照合できた。	名前の類似による間違い、入力の間違いか、医師の勘違いかははっきりせず。	処方変更については必ず患者さんと確認しながらお話ししている。少しでも間違いがあれば疑義照会をしている。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		デザレックスとデベルザ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)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	初めてご来局の患者。以前はクリニックAに受診していたが、今回よりクリニックBに受診することになった。クリニックBからの処方箋には一般名でドキサゾシン錠4mg、アムロジピン錠5mgが処方されていたが、お薬手帳を見ると以前クリニックAからはカンデサルタン錠4mgとアムロジピン錠5mgが処方されていたことが分かった。カルデナリン錠とカンデサルタン錠は名前が似ているため、間違えて処方してしまった可能性を考え、念のため疑義照会にて確認。ドキサゾシン錠4mgからカンデサルタン錠4mgに変更となった。	カルデナリン錠とカンデサルタン錠が名前が似ており、お薬手帳でクリニックAの処方を確認した時に間違えてしまったのだと思われる。	薬の変更点は患者や病院に確認するようにしている。病院が切り替わったタイミングでは、特に薬の変更について気を付けるようにしている。	ドキサゾシン錠4mg 「サワイ」	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。
139	一般名で記載された処方箋でクエン酸第一鉄ナトリウムと記載されるべきが、クエン酸カルシウム・クエン酸ナトリウム配合錠となっていた。医療機関からの患者情報により、医師が処方したかったのは鉄剤では？と薬剤師が気づき疑義紹介した。	処方入力をする際に、一般名が似ている薬品を選んでしまったと思われる。	平素より、患者について医療機関と情報交換をしていたため、今回のインシデントに気づき、疑義紹介することができた。今後も双方向の情報提供を怠らないようにする。	ウラリット配合錠	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。
140	クエンメット配合錠を処方するべきところをクエン酸第一鉄50mg「サワイ」が処方されていた。用法も1日3回で出していたため、当該薬剤師も疑いを持ちながら患者に話を聞いていたため処方間違いに気づきすぐ疑義照会をしたため気づけた。	頭文字3文字が一緒なので入力の際に間違っただけのまま処方せんが印刷されたものと思われる。またクエンメットは普段あまり出ない処方だったことも要因と思われる。	患者様に初めて処方されるものについては処方意図を確認する質問にて判断をしたい。用法についても普段と異なる場合には注意を行う	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。

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

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
141	カルデナリンは0.5m gから開始して1-2週間かけて1m g 2m gに増量するこの患者は女性87歳体重も40k gないくらいカルデナリンはα1ブロッカーのために急激な血圧下降が考えられる。	名前が類似するために処方医が入力を誤ったと思われる疑義照会したらカルデナリンは処方していないとのことだった	各種降圧剤の特性を踏まえて眼の前の患者に適切かどうか吟味するとくに初めての処方高齢者腎機能などから総合的に判断する	カルデナリン2m g	カンデサルタン2m g		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。
142	デベルザが新規で処方となったが、血糖値に関する話は診察時になく、花粉症の薬を出してもらおう予定だったと患者より聞き取り。疑義照会を行い、デザレックスが処方となった。	名称が似ているため確認不足のまま処方になっていたと思われる。	新規薬剤が処方になった場合は症状や診察時の説明をよく聞き取って確認していく。	デベルザ錠 20mg	デザレックス錠 5mg		デザレックスとデベルザ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。
143	トラセミド錠8mgが処方されなければならぬ所、トラゼンタ錠5mgが処方されていた。お薬手帳を確認していたら他院より定期的にトラディアン配合錠を定期的に処方されていたので主治医に成分重複の為疑義照会をした所、トラセミド8mgの入力間違いであったことがわかった。	類似名称による主治医の入力間違い	お薬手帳と投薬時の患者の聞き取りにより見つけられたと思う。お薬手帳や薬歴による確認と投薬時の患者の聞き取りをしっかりと続けていく。	トラセミド錠 8mg 「KO」	トラゼンタ錠 5mg		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。
144	定期でシダキュアスギ花粉舌下錠を服用されている方です。臨時薬として、デキストロメトルファン錠 15mg・アンプロキシール塩酸塩錠 15mg・スピロラクトン錠 25mgが14日分処方されたFAXが届きました。処方内容からスピロラクトン錠が処方されていることに違和感を感じが事務員が薬剤師に相談。薬剤師がスピロベント錠の誤りではないかと推察したため、疑義照会を行う。疑義照会によって、スピロラクトン錠がスピロベント錠に変更となる。	頭文字3文字が同じであることで、誤って処方薬を選択したと思われる。	病態と薬剤との関係が合っているかを確認することを継続。	スピロラクトン錠 25mg 「TCK」	スピロベント錠 10μg		スピロ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
145	アレルギーでデベルザ処方あり、聞き取りによりデザレックスに変更疑義紹介後変更	思い込みや類似名により間違い等起きやすいため、何のための治療かを患者さんによく聞き取る	類似名は、別の個所に保管。薬効別にも保管	デベルザ錠 20 mg	デザレックス錠 5 mg		デザレックスとデベルザ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。
146	当薬局久々受診時にはジクロフェナククリームのみ処方だった。その際お薬手帳を確認したところ、他薬局にてメソトレキセート錠2.5mgが処方になっていることを発見。本人に病名を確認したところリウマチのみで白血病治療などの抗がん剤適用はなかった。疑義照会しメソトレキセート2.5mgとメソトレキセート2mgでは適用が異なることを申し送りした。その後定期受診時にはメソトレキセート2mgの処方へと変更になっていた。	近隣医療機関では、総合病院より紹介状にてD o 処方をそのまま継続して処方していたとのこと。メソトレキセート錠2.5mgの適用確認の不十分と名称類似をスルーしていた可能性がある。	同じメソトレキセートでもメソトレキセート錠2.5mgとメソトレキセート2mgでは適応病名が異なることを周知確認した。	メソトレキセート錠 2.5 mg	メソトレキセートカプセル 2 mg 「サワイ」		メソトレキセ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。
147	定期処方に加えてデベルザ錠20mgが処方された処方箋を応需。患者より糖尿病の既往はなく、受診時には花粉症の話をしたが血糖値の話はなかったと聴取。疑義照会をし、デベルザ錠20mgは処方誤りでデザレックス錠5mgへと変更となった。	薬剤名の確認不足。	情報共有。	デベルザ錠 20 mg	デザレックス錠 5 mg		デザレックスとデベルザ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
148	今までカンデサルタン8mgを服用していたが、ドキシゾシン4mgに変更になっていた。患者に低血圧傾向があったための変更と確認。また「同じ成分で量を減らすと聞いた気がする」とうかがった。カンデサルタンと誤り、カルデナリンを入力した可能性があると考えて疑義紹介を行い、誤りが判明した。	薬品名が似ていたため。また先発品を入力した際、自動で一般名処方になるようだが、最終確認を怠ったと考えられる。	患者との対話を重視し、納得して服薬してもらうよう心掛けていく。医療機関のシステムについても情報収集を行う。	ドキシゾシン錠 4 m g 「テバ」	カンデサルタン錠 4 m g 「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。
149	他院でもらった薬を今回の処方もとより継続処方してもらう予定であったがカンデサルタン 4 m g とカルデナリン 4 m g (一般名ドキシゾシン) の入力間違いが生じた。	頭3文字が同じであったため医師がレセコンで処方箋記載時に選択ミスが起こってしまった。	ドキシゾシンが初回量 4 m g は多いと気づけた点と患者様がお薬手帳を持参いただけただけなので今回の処方ミスを未然に防げたので、患者様にお薬手帳の重要性を引き続き啓蒙していく。	カルデナリン錠 4 m g	カンデサルタン錠 4 m g 「サワイ」		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。
150	医療機関が大学病院からクリニックへ変わり、処方が引き継がれた。薬歴を確認すると4種類のうち3種類が同じ薬でトラセミド錠 4 m g 「KO」のかわりにトラゼンタ錠 5 m g が処方されていた。名称の頭文字2つが同じため入力ミスを疑い疑義照会。トラゼンタ錠 5 m g からトラセミド錠 4 m g 「KO」に変更となった。	頭文字2文字での入力間違いの薬品を選択した可能性。	薬歴やお薬手帳の確認で前回処方歴を確認し疑わしいものがないか考察する。	トラゼンタ錠 5 m g	トラセミド錠 4 m g 「KO」		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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
151	最終来局は2025年1月で4か月ぶりに来局。処方は新規で、クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠1錠分1夕食後30日分であり、調整者が薬局在庫が無いため他薬局に分譲依頼かけていた時、薬剤監査していた薬剤師が前回処方・クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」2錠分2朝夕食後30日分であったため、処方間違いの可能性もあり患者さんに尿酸や通風などで医師から説明があったか直接聞き取りした。結果、そういった説明はなくいつも通りの薬の説明があったため処方間違いであると確信し疑義照会を行い・クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」1錠分1夕食後30日分に変更となった。	今回、用法用量変更により先頭3～4文字入力時の薬剤候補を選び間違えたと考えられる。	新規薬や追加薬などあったときに、似た名称で明らかに効能が違う薬剤が処方されたときは、投薬前に直接患者さんから症状の確認や医師からの説明を聞き取りする。患者さんがうまく説明できないときは、処方元に疑義照会する。	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	動悸の症状がひどく採血した結果での処方追加となったので前回の服薬指導時にも甲状腺機能亢進症のために検査して結果で薬出るのはとの薬歴に記載あり。それでも今回の処方で甲状腺機能低下症のチラーヂンが処方されしかも用法が6錠/3×と用法が逸脱していたのでおそらくチウラジールの間違いではないかと問い合わせ。医師の処方間違いとのことでチラーヂン→チウラジールに薬剤変更となる。	甲状腺の薬で逆の作用の薬の頭の文字がチで名称が似ていたのでチウラジールと書いたつもりがチラーヂンになってしまった疑いあり。	過去の薬歴と患者さんへの医師からの説明の確認し、薬の内容と医師からの説明に齟齬がある様ならば必ず疑義照会の対象になるので気になるようなら些細なことでも疑義照会する。	チラーヂンS錠50μg	チウラジール錠50mg		チウラジールとチラーヂンS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)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	患者が退院後のお薬手帳持参。今回の処方と照らし合わせた所、クエン酸第一鉄ナトリウムがクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物錠へ変更になっていた。不信に思い疑義照会した所、正しくはクエン酸第一鉄ナトリウムであった。	医療事務の知識不足と考える。一般名処方の単純入力ミスであり、確認不足である。	お薬手帳で誤りに気づけた。マイナ持参でも確認出来る。今後もお薬手帳やマイナの利用を案内し続ける。	ウラリット配合錠	フェロミア錠50mg		クエン酸第一鉄ナトリウムとクエン酸第一鉄ナトリウム水和物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。
154	アジルサルタン40mgが処方されており血圧が高いとの事でカンデサルタン2mgが処方追加となっていた。アジルサルタンは40mgが最高用量であり、同じ系統の降圧薬が処方可能であるか医師に確認した。	医事課の回答によりカンデサルタンではなくカルデナリンの入力ミスであったことが発覚し処方変更となった。	このような医事課の入力ミスは、これまで何度かあり都度確認しており、実際に処方変更となっている。今回はアジルサルタンが最高用量である事から気づけたがアジルサルタンの処方量が少ない場合は要注意であると認識した。医師はカンデサルタン2mgを処方する機会が少ない事、追加処方である事を鑑みて処方監査を行うようスタッフに指導した。	カンデサルタン錠2mg「あすか」	ドキサゾシン錠2mg「テバ」		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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
155	施設入居患者定期薬の残薬調整で、スピロラクトンが2錠残薬あるため28日→26日へ変更を依頼 処方日Rp1【般】クレンプテロール10μg 1錠1日2回朝夕食後26日分Rp2【般】ガランタミン4mg 1錠【般】スピロラクトン25mg 1錠【般】ジピリダモール25mg 1錠1日1回朝食後28日分で処方があった クレンプテロール(先発:スピロベント)が日数変更、用量が1錠になっていたため疑義照会実施クレンプテロールの先発がスピロベントのため、スピロラクトンと間違えていたクレンプテロール2錠分28日分へ変更スピロラクトンはRp2の他の薬剤との日数がずれるため、処方通り28日分	処方箋の印字は【般】クレンプテロールだが、医院での入力時はスピロベントと打っているため、名前が似ているため間違えたと考えられる	残薬調整実施時は、指定した薬剤だけでなく、他の薬剤の日数・用量・用法の確認も行う	スピロベント錠10μg	スピロラクトン錠25mg「テバ」		スピロラクトンとスピロベント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。
156	老人保健施設新規入居さんの定期処方開始で薬剤情報提供書入手して在庫準備していたが紹介された病院医師の処方箋には一般名でベポタスチンベシル酸塩10mgで処方入力されるころ一般名でベタヒスチンメシル酸塩6mgで入力されていた電話にて医師に薬剤情報提供書の内容を連絡して類似名称入力間違い疑いではないか確認した結果としてメリスロン錠からタリオン錠に変更された	医師が多忙のところ処方作成での入力間違い	施設などの入居者様の情報を予め把握しておくよう取り組む	メリスロン錠6mg	タリオン錠10mg		ベポ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。
157	新規でテグレート処方があり、服薬指導時喘息であることを確認し類似薬のデオドルでの処方ではないかと思ひ疑義紹介し、デオドルでの処方と確認し、正しく交付することができた。	処方内容を入力する際、商品名が似ているデオドルとテグレートを間違えたと考えられる。	患者様からの聞き取り、全体の処方内容を確認し、疑わしい処方の場合は疑義照会をすることを徹底する。	テグレート錠200mg	デオドル錠200mg		デオドルとテグレート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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
158	久しぶりの来局。気管支喘息の既往有の患者様。咳症状が悪化し再診、来局された。お話を伺ったところ、すでに使っているブデホル吸入粉末剤は継続の指示があったとのこと。また患者様が今までCOPD(慢性閉塞性肺疾患)と診断されたことはないとのことだった。処方せんを確認したところ、ブデホルとスピオルトがβ2刺激薬で重複していた。またスピオルトは慢性閉塞性肺疾患に適応があり、気管支喘息にはない。以上の理由から、疑義照会を行った。結果、スピオルトレスピマツトからスピリーバレスピマツトに変更となった。	スピリーバとスピオルトの名称類似による、入力誤りと考えられる。	処方内容とお薬手帳から併用薬の確認、また患者様から直接聞き取ることで、処方内容に誤りがないか、注意深く鑑査している。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの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。
159	スピオルトレスピマツト60吸入ピラノ錠20mgフルティフォーム125エアゾール120吸入用の処方箋、吸入指導依頼書を持って新患が来局。スピオルトとフルティフォームはβ2刺激薬がともに配合されている。吸入指導依頼書にはスピリーバ、フルティフォームにチェックがしてあったことから入力誤りと判断。疑義照会を行った。	「スピ」のみで入力しカルテ及び処方箋入力を行ったと考える	処方箋の1字ずつのチェック、レセコンによる同種同効薬のアラートで見落としのないように取り組んでいる。	スピオルトレスピマツト60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入		スピオルトレスピマツトとスピリーバレスピマツトの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。
160	バイアスピリン錠とタケルダ配合錠が処方されていた。タケルダ配合錠にはアスピリンが配合されているため、確認したところ、タケキャブ錠10mgの間違いだった	タケルダ配合錠とタケキャブ錠10mgは名称が類似しているため医師が誤って処方されたと考えられる。	配合錠が処方されている場合、成分を確認し、処方に誤りがないか慎重に確認する必要がある。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠10mg		タケキャブとタケルダ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
161	久しぶりに来局。元々病院で血圧の治療をしていた。病院での治療は終わり近位で受診することになり来局。投薬時話を聞くと高血圧で受診していたとのことだが、処方箋は乳がん治療薬のノルバデックスが処方。本来必要な薬はノルバスクであった。疑義照会により変更となった。	クリニック医師の確認不足。	患者の病状をしっかりと確認する。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg		ノルバデックスとノルバスクの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。
162	いつもノルバスクOD錠10mg処方の患者にタモキシフェン錠10mgが処方。病院側のシステムが変更となる時だったのでおそらくノルバスクをノルバデックスと間違えて入力し、間違えたものを一般名表記にして処方してしまったと考えられる。医師に問合せし、いつも通りのノルバスクOD錠10mgへ変更となった。	病院側のスタッフの入力間違いと思われる。	薬歴管理していれば気づくのではないかと思われる。	タモキシフェン錠10mg「サワイ」	アムロジピンOD錠10mg「トーワ」		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。
163	ノルバデックス錠処方のつもりが、ノルバスク錠で処方されていた。いつもは違う病院にてノルバデックス錠を処方されている。	名前が類似しているため医師がノルバスク錠と思い込み処方してしまったと考えられる。	患者様から聴取した情報やお薬手帳を基に正しい薬かどうか判断してからお渡しする。	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。
164	風邪で受診の患者へ、持病でもない血糖降下薬のルセフィが処方されていた。患者の病歴や、直近の検査値でも耐糖能異常含めた糖尿病の所見はなかった。クリニックに疑義した結果、アレルギー薬のルパフィンに記載するつもりが、誤ってルセフィと記載してしまったとの事。	医療機関での入力ミスが主因。	よく似た名称での典型的な薬剤記載ミス。局内でも事例共有し、今後も監査者中心に気をつけるよう話し合った	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg		ルパフィンとルセフィ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
165	マイスリー錠5m gが処方されるところ、誤ってマイスタン錠5m gが処方されていた事例。当薬局初回利用の患者。処方箋受付時に薬効について「睡眠剤が処方されるはず」との情報を患者より聞き取った。担当した事務が不審に思い薬剤師に確認、病院に照会し処方に変更になった事例。	入力上の不備、薬剤名称類似による思い込み。	患者とのコミュニケーションをとり、処方薬の妥当性について判断する。	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。
166	マイスリー錠5m gの処方を希望していた患者に、マイスタン錠5m gが処方されていた。	レセコンで「マイス」の3文字で入力し、マイスタンを誤って選択したものである。規格も同じであったため気づかなかったものと思われる。	患者様との薬の相互確認を実施することで、防ぐことが出来た	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。
167	マイスタン錠5m g 1錠不眠時、【般】ゾルピデム酒石酸塩錠5m g 1日1回就寝前処方。マイスタンはてんかん治療薬で、通常睡眠剤として使用されない為、【般】ゾルピデム酒石酸塩錠5m gの商品名である、マイスリーと入力ミスをしたのではないかと疑い、疑義照会后【般】ゾルピデム酒石酸塩錠5m g 1錠不眠時に変更。	上3文字が同じなので良く確認しないまま入力してしまったと思われる。	適応外処方を疑いつつ、念の為疑義照会を行うようにする。	マイスタン錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「NP」		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。

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
168	もともとA医院に通っていたが、今回よりB医院へ転院してきたPt。お薬手帳より以前はマイスリー錠(ゾルピデム)5mgのGEを服用していたが、今回マイスタン錠5mgでの処方に変更されていた。Ptからの聞き取りでも「以前と同じ薬を出すとされた」とあった為、B医院に疑義照会を実施。⇒B医院側での薬剤選択時に薬剤名類似の為、誤入力があったと判明。結果としてマイスリー錠の処方へと変更された。	薬剤名の先頭3文字が同じ為、誤入力が発生したと推測される。正:マイスリー錠5mg、誤:マイスタン錠5mg	お薬手帳による経過チェックと合わせて、患者様からの聞き取りも正確に行う。また必要に応じてDrへの疑義照会を実施する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの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。
169	1年ぶりに来局の患者。今回から、抗てんかん薬であるマイスタン錠が新規で追加されていた。調剤者が患者の既往歴を確認したがてんかん発作の既往歴がなかったため疑義照会。医師に確認したところ、睡眠剤であるマイスリー錠5mgを新規で処方したかったとの回答があり、処方変更となった。	名前が似ているので医師による処方入力の確認不足が原因と推測される。	患者様の既往歴を確認しておくことで、今回抗てんかん薬が処方されている事に違和感を持ち処方ミスへの発見につながった。名称が類似しているもので、新規処方薬の場合は添付文書や患者の使用薬品の既往を確認する。商品名が類似している医薬品は病院に一般名処方にしてもらうようお願いするとともに、薬局の職員に対しても注意喚起を行う。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの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。
170	定期処方薬の中にマイスタン錠5mgが新規処方されたが、当該患者はてんかんの既往はなく他の抗てんかん薬も服用していない。過去にマイスリー錠5mgの処方歴があったため類似名称による処方ミスの可能性を考慮し、処方医へ疑義照会を行った。結果、やはりマイスリー錠5mgへ変更となった。	類似名称にて処方医が処方データを間違えたか、事務員が処方箋発行時に入力を誤った可能性があるとして推察されます。	処方内容と薬剤服用歴やお薬手帳の情報を組み合わせて、処方不備や誤植の可能性を常に想定するよう努めています。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		マイスリーとマイスタンの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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
171	カナリア錠とテネリア錠40mgが同時に処方されており、テネリグリプチンの服用量が最大用量を超える60mgとなっていた為、疑義照会を行う。その結果カナリア錠がカナグル錠100mgに処方変更となる。	配合剤に含まれる成分や配合量を誤認していたことが考えられる。	降圧剤や糖尿病薬など配合剤も増えているため、配合剤に含まれる成分や用量もしっかり確認し、疑義照会を行う。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		カナリアとカナグルの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。
172	リベルサス錠を定期薬で服用中の患者様に、今回カナリア配合錠が追加された。カナリア配合錠には、リベルサスと類似薬のテネリア錠が入っており重複する為、問い合わせし、カナグル錠に変更となった。	糖尿病の薬は、いろいろな系統の薬があり、それを合わせた合剤も多々出ている為、混乱してしまった可能性がある。	合剤など、何が入っているか、貼り出して、確認しながら、調剤しています。	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。
173	以前まで、カナリア配合錠を服用中だった患者にマンジャロ皮下注の投与開始。開始量の処方の際にカナリア配合錠は処方中止となっていた。マンジャロ皮下注の既定路線での増量とともにカナリア配合錠が処方再開。服薬指導を行った薬剤師はDPP-4阻害薬とGLP-1作動薬の同時処方であることは認識しており患者本人に聴取すると『以前の薬を再開すると言っていた気がする』との話があったのでその話を信用し交付を行った。その後、別の薬剤師にその旨の相談し疑義照会を行うよう指示を受けて行き、医師からカナリア配合錠からカナグル錠100mgに処方変更の指示を受け、患者対応を適切に行った。	患者がもともと気難しい性格で、時間がかかるのを嫌っていることを把握していたので初め疑義照会を行わずに交付してしまった。糖尿病ガイドラインにもある通り、DPP-4阻害薬とGLP-1作動薬は作用機序がほぼ同じであり併用はしないこととある。医師、薬剤師はもちろん事務スタッフも可能なら把握しておくべき案件である。	各採用品の同種同効薬・注意喚起事項などのリストアップ	カナリア配合錠マンジャロ皮下注5mgアテオス	カナグル錠100mg マンジャロ皮下注5mg アテオス		カナリアとカナグ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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
174	患者は糖尿病治療を受けている。現在、ジャヌビア錠25mgを服用しているが、HbA1cの低下が思わしくないことからカナリア配合錠が追加処方となった。カナリア配合錠はDPP-4阻害薬のテネリグリブチン20mgを含有する為、ジャヌビア錠と同一効果成分を含む。主治医へ疑義照会した結果、同一効果成分を含まないカナグル錠100mgへ処方の変更された。	処方医がカナリア配合錠にDPP-4阻害薬が含有されることを知らなかった。もしくはジャヌビア錠の処方削除忘れが原因と思われる。	糖尿病治療に用いる薬剤は種類が多く間違えやすい。商品名、成分名、用量、薬効などを一覧表にするなど、いつでも確認が出来る工夫が大切である。また近年、配合剤が増えている。より一層の注意が必要と思われる。配合剤は含有成分の確認まで行うことが重要である。	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。
175	2回目来局。2回とも咳症状。アブリンジンだけ異質だったので、本人に確認したが、受診理由はやはり咳症状とのことだったので、確認のため疑義照会。アスベリン20mgのつもりだったとのことで、アスベリン20mgに変更になった。	入力時の確認不足と思われる。	患者主訴と異なる薬の処方があった場合、確認する。	アブリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		アスベリンとアスペノンの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。
176	アブリンジン塩酸塩カプセル10mgが処方されていたが、患者はアレルギー疾患、花粉症で受診されており、患者の疾患から考えて前回はアスベリン10mgが処方されており、処方記載ミスと考え先生確認。アスベリン10mgに変更となる	アブリンジンの先発品はアスペノンであり、実際の処方薬のアスベリンと商品名が似通っているため処方記入ミスと考える	入力時、投薬時、前回の処方内容、薬歴を再確認し、患者の訴え等をきちんと聞き、薬剤師なりに病気を推測することが必要と再確認しました。	アブリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	アスベリン錠10		アスベ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。
177	医師がアスベリン錠10mgの処方を記載しようとしてアブリンジンカプセル10mgを記載してしまった。	処方箋記載の際に予測変換で薬が選ばれるようになっている可能性が考えられる。	患者の主訴をよく確認し、処方内容に問題ないかよく考察する。			アブリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	アスベ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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の内容	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
178	普段より、当薬局にご来局いただいている患者様。不整脈の既往はなく風邪の症状で受診したにも関わらず、臨時薬としてアスペノン20mg3カプセル分3で処方。初回より用量も最大であった為疑義照会アスペノン20ではなく、アスピリン20であったことが判明。変更しお渡しとなった	処方元の病院が電子カルテではないため、医師記入の紙カルテから、事務が処方箋発行のため入力する際に間違えた可能性が高い	何度か同じように、薬品名が似たものなどでの間違いが起きている病院である。職員の中でも共有し、病名症状は、必ず聞き取りし、処方内容が間違いのないことも確認の上鑑査、投薬を心がける。	アスペノンカプセル20	アスピリン錠20		アスピリンとアスペノンの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。
179	他院から転院の患者様で、以前の病院ではゾニサミドOD錠TREを使用されていたが、今回の処方では(一般名)ゾニサミド錠(先:エクセグラン)が処方。成分名は同じではあるが、適応症が異なる。	病院のマスター不備、処方医の不注意な選択ミスが原因。	同じ一般名であっても適応が異なる医薬品は複数あるため、情報共有を実施。	エクセグラン錠100mg	ゾニサミドOD錠25mgTRE「SMP P」		エクセグランとエクセラ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。
180	初めてエクセグランが処方されていて、患者に症状など確認したところ、胃の調子が悪いので処方してもらったと。エクセラゼと処方し間違えているのではないかとDrに疑義照会し変更。エクセラゼ販売中止品で在庫なしのためベリチーム配合顆粒に変更。	エクセラゼとエクセグランの処方間違え	患者の症状、副作用などの聞き込み・コミュニケーションをとることで、処方薬が症状にあったものであるか確認できるので投薬前に患者とのコミュニケーションをとること	エクセグラン錠100mg	ベリチーム配合顆粒		エクセグランとエクセラ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。