

## 【1】名称類似による「薬剤の取り違い」(医療安全情報No.4、68)

### (1) 発生状況

薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違い」については、医療安全情報No.4(2007年3月提供)で取り上げ、注意喚起を行った。その後、第21回報告書(2010年7月公表)、第25回報告書(2011年6月公表)、第29回報告書(2012年6月公表)では、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。さらに、医療安全情報No.68「薬剤の取り違い(第2報)」(2012年7月提供)で再び注意喚起を行い、第47回報告書(2016年12月公表)においても再発・類似事例の発生状況で取り上げた。

今回、本報告書分析対象期間(2019年1月～3月)に類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることにした。第47回報告書の集計期間後の2016年10月以降に報告された再発・類似事例は7件であった(図表Ⅲ-3-2)。

図表Ⅲ-3-2 「薬剤の取り違い」の報告件数

|       | 1～3月<br>(件) | 4～6月<br>(件) | 7～9月<br>(件) | 10～12月<br>(件) | 合計<br>(件) |
|-------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------|
| 2016年 |             |             |             | 0             | 0         |
| 2017年 | 0           | 1           | 2           | 0             | 3         |
| 2018年 | 1           | 0           | 0           | 1             | 2         |
| 2019年 | 2           | —           | —           | —             | 2         |

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.4 2007年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.4 2007年3月

【薬剤の取り違い】

薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例が7件報告されています  
(集計期間:2004年10月1日～2006年12月31日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

| 投与すべき薬剤   | 取り違えた薬剤  |
|-----------|----------|
| アルマル錠     | アマリール錠   |
| アレロック錠    | アレリックス錠  |
| セフメタゾン静注用 | 注用セフマゾン  |
| タキソール注射液  | タキソテル注   |
| タキソテル注    | タキソール注射液 |
| ファンガード点滴用 | ファンギゾン   |
| ラクテックD注   | ラクテック注   |

薬剤の名称が類似していることによる  
取り違えが報告されています。

◆その他にも、当事業の第7回報告書p64-65では、ヒヤリハット事例の中から名称の類似が原因と考えられる主な薬剤を取り上げています。

医療安全情報 No.4 2007年3月

【薬剤の取り違い】

事例 1

当該診療科では化学療法処方箋に際し、パソコン内に定型化した独自の伝票を使用していた。「タキソール200mg+パラプラチン400mg」を投与する予定であったが、誤って「タキソール+パラプラチン」の伝票を出力したことに気付かず、投与量を記入したため、指示が「タキソール200mg+パラプラチン400mg」となり、患者に実施した。

事例 2

抗生剤「セフメタゾン」が処方された。薬剤師は「セフマゾン」を調剤し、監査の薬剤師も気付かず「セフマゾン」が病棟に払い出された。病棟看護師は、注射指示等と正しいとされた薬剤を確認したが「セフマゾン」を「セフメタゾン」と思い込み患者に実施した。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業/厚生労働省補助事業において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家による見直し(取上げ、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の最終的な評価については、当事業ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。)

http://jicqhc.or.jp/html/accident.html#med-safety

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を根拠にしたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教育を目的とし、医療従事者に教育や責任を課したものではありません。

J C 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
H Q 医療事故防止事業部  
〒101-0062 東京都千代田区神田錦町5-11 三井住友海上保険ビル7階  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
http://jicqhc.or.jp/html/index.html

図表Ⅲ－3－4 医療安全情報No.68「薬剤の取り違え（第2報）」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.68 2012年7月

公益財団法人 日本医療機能評価機構



医療安全情報  
No.68 2012年7月

## 「薬剤の取り違え（第2報）」

薬剤の取り違えを医療安全情報No.4(2007年3月)で情報提供いたしました。その後、再び類似の事例が20件報告されていますので、再度、情報提供いたします。  
(集計期間:2007年1月1日～2012年5月31日)。

**薬剤の名称が類似していることにより、薬剤を取り違えた事例が再び報告されています。**

| 投与すべき薬剤<br>(主たる薬剤)     | 取り違えた薬剤<br>(主たる薬剤)    | 件数 |
|------------------------|-----------------------|----|
| アルマール錠<br>(不整脈用剤)      | アマリール錠<br>(糖尿病用剤)     | 3  |
| ノルバスク錠<br>(血管拡張剤)      | ノルバデックス錠<br>(腫瘍用薬)    | 3  |
| チウラジール錠<br>(抗甲状腺ホルモン剤) | チラーヂンS錠<br>(甲状腺ホルモン剤) | 2  |

◆アルマール錠は、アロチノール塩酸塩錠「DSP」への製造販売承認を取得しています  
(2012年1月)。  
◆報告された事例20件のうち、複数回答された薬剤を掲載しています。

医療安全情報 No.68 2012年7月

## 「薬剤の取り違え(第2報)」

### 事 例

担当医は他院からの紹介状を読み、男性患者にノルバスク10mgを処方するためオーダーリング画面を開いた。「ノルバ」と入力したところ、ノルバスクに続いてノルバデックスが表示された。10mgを処方しようとしていたため、「10」と記載のあったノルバデックスを間違えて選択し処方した。その後、院外薬局の薬剤師は「おかしい」と思ったが、病院に延髄開会をせず3ヶ月分の薬剤を調剤し、患者は内服した。患者が次の処方のため他院を受診したところ、薬剤が違うことが分かった。

医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について  
(注意喚起)の通知が、厚生労働省より出されています。  
○薬政発第1204001号 薬政発第1204001号 平成20年12月4日付  
<http://www.mhlh.go.jp/fshp/csa/kyokusho/kyokusho1204001001001001.pdf>

**事例が発生した医療機関の取り組み**

- ・ハイリスク薬などは、処方画面にアラート機能を追加する。
- ・医師と薬剤師の連絡体制を強化する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業/厚生労働省補助事業において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部などの専門家の意見に基づき、医療事故防止の観点から、再発防止のために作成されたものです。当事業の他院等への転用については、医療安全ホームページに掲載されている留意事項が有効に活用ください。  
<http://www.med-safe.jp/>  
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期してありますが、その内容を参考にした上で報告するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の最良を期した上、医療従事者に最善な責任を課したものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0081 東京都千代田区三越1-4-17 東武ビル  
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)  
<http://www.jogpc.or.jp/>

## (2) 事例の概要

### 1) 発生段階

報告された事例7件を発生段階で分類した。発生段階は、調剤の事例が4件と多かった。

図表Ⅲ－3－5 発生段階

| 発生段階 | 件数 |
|------|----|
| 処方   | 2  |
| 調剤   | 4  |
| 準備   | 1  |
| 合計   | 7  |

### 2) 当事者職種

当事者職種として報告された職種を示す。調剤を行う薬剤師や、内服薬の与薬や注射薬の準備・投与に関わる看護師が当事者として多く報告されていた。

図表Ⅲ－3－6 当事者職種

| 当事者職種 | 件数 |
|-------|----|
| 医師    | 2  |
| 薬剤師   | 6  |
| 看護師   | 5  |

※当事者は、複数回答が可能である。

### 3) 取り違えた薬剤の組み合わせ

事例に記載された内容から、投与すべき薬剤と取り違えた薬剤、および主な薬効を示す。内服薬と注射薬のどちらの製剤も報告されていた。また、主な薬効が違う組み合わせが多かった。シプロキシサン注200mgとレボフロキサシン点滴静注バッグ500mg/100mLはどちらもニューキノロン系の抗菌剤であるが、有効成分に違いがある。

図表Ⅲ－3－7 取り違えた薬剤の組み合わせ

| 発生段階 | 剤形  | 投与すべき薬剤<br>(主な薬効)                 | 取り違えた薬剤<br>(主な薬効)                                             |
|------|-----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 処方   | 内服薬 | ザルティア錠<br>(前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤)      | ザイティガ錠<br>(前立腺癌治療剤)                                           |
|      | 注射薬 | プリンペラン注射液10mg<br>(消化器機能異常治療剤)     | プリンク注10 $\mu$ g <sup>注)</sup><br>(プロスタグランジンE <sub>1</sub> 製剤) |
| 調剤   | 内服薬 | ユリノーム錠50mg<br>(尿酸排泄薬)             | ユリーフ錠4mg<br>(選択的 $\alpha$ 1A遮断薬、前立腺肥大症に伴う排尿障害改善薬)             |
|      |     | ロラゼパム錠0.5mg<br>(マイナートランキライザー)     | ロフラゼパ酸エチル錠1mg<br>(持続性心身安定剤)                                   |
|      |     | リトドリン錠5mg<br>(切迫流・早産治療剤)          | ミドドリン塩酸塩錠2mg<br>(低血圧治療剤)                                      |
|      | 注射薬 | シプロキシサン注200mg<br>(ニューキノロン系注射用抗菌剤) | レボフロキサシン点滴静注バッグ<br>500mg/100mL<br>(ニューキノロン系注射用抗菌製剤)           |
| 準備   | 注射薬 | フェンタニル注射液0.1mg<br>(麻酔用鎮痛剤)        | レミフェンタニル静注用2mg<br>(全身麻酔用鎮痛剤)                                  |

※主な薬効は添付文書<sup>1)~4)</sup>の記載をもとにした。また、販売名は、屋号を除いて記載した。

注) プリンク注5 $\mu$ g/10 $\mu$ gは、2017年12月にアルプロスタジル注5 $\mu$ g/10 $\mu$ g「武田テバ」に販売名を変更した。販売名が変更される前に報告された事例である。

### 4) 患者への影響

報告された事例7件の事故の程度は、全て「障害なし」であった。しかし、全ての事例で名称が類似した別の薬剤を患者に投与していた。医師が誤って処方した薬剤は、調剤する薬剤師や投与する看護師が、医師が意図して処方したと解釈する可能性があるため、間違いに気付きにくいことがある。しかし、薬剤師が誤って調剤した薬剤は、処方の内容と薬剤名が異なるため、薬剤師が鑑査する際や看護師が準備する際に行う確認で間違いに気付くことができる可能性がある。

### （３）事例の分析

#### １）薬剤の名称類似の分類

名称が類似した薬剤を取り違えた事例について、頭３文字が一致する組み合わせ、頭２文字が一致する組み合わせ、その他の組み合わせの３つに分類し、下記に示す。頭文字が３文字または２文字が一致した事例はそれぞれ１件であった。その他の事例は頭文字の２文字以上の一致はないが、薬剤名の中に一致する文字が３～６文字含まれており、視覚的な印象や、読んだ際の音のイメージが近いことなどから取り違えた可能性がある。

図表Ⅲ－３－８ 名称類似の分類

| 薬剤名の類似  | 投与すべき薬剤 | 取り違えた薬剤   | 発生段階 |
|---------|---------|-----------|------|
| 頭３文字が一致 | プリンペラン  | プリンク      | 処方   |
| 頭２文字が一致 | ユリノーム   | ユリーフ      | 調剤   |
| その他     | ザルティア   | ザイティガ     | 処方   |
|         | ロラゼパム   | ロフラゼパムエチル | 調剤   |
|         | リトドリン   | ミドドリン     |      |
|         | シプロキササン | レボフロキサシン  |      |
|         | フェンタニル  | レミフェンタニル  | 準備   |

#### ２）名称が類似した薬剤を取り違えた背景

事例に記載された内容から、名称が類似した薬剤を取り違えた背景が記載されているものを整理した。

図表Ⅲ－３－９ 名称が類似した薬剤を取り違えた背景

| 発生段階 | 名称が類似した薬剤を取り違えた背景                                                |
|------|------------------------------------------------------------------|
| 処方   | ザルティア錠とザイティガ錠はどちらも泌尿器科領域の薬剤であり、文字列は違うものの、見た目や発音上の類似点が多かった。       |
|      | 「プリン」と３文字入力した際、「プリンペラン注射液１０ｍｇ（２ｍＬ）」と「プリンク１０μｇ（２ｍＬ）」が画面に表示された。    |
| 調剤   | 処方箋にはユリノーム錠の棚番号および調剤総量が印字されていたが、棚番号を確認せず、思い込みでユリーフ錠の棚から薬剤を取り出した。 |
|      | リトドリン錠の名称に似た薬剤があることを意識していたが、中断作業があり注意力が落ちた。                      |
| 準備   | アルチバ静注用から後発医薬品のレミフェンタニル静注用に切り替えられたばかりで慣れていなかった。                  |

### 3) その他の背景・要因

その他の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－3－10 その他の背景・要因

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○確認                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師は、処方箋にチェックを入れていたが確認が不十分であった。</li> <li>・薬剤師は、処方内容と薬剤名や錠数などを確認するという取り決めを守っていなかった。</li> <li>・看護師は、配薬準備と与薬時に薬剤名や規格の確認をすることになっていたが、確認が不十分であった。</li> </ul> |
| ○薬剤                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称が類似したリトドリン錠とミドドリン錠を採用していた。</li> <li>・シプロキサシ注200mg（100mL／袋）とレボフロキサシン点滴静注バッグ500mg／100mLは、キサシとキサシンで名称が類似しているうえ、遮光黄色の袋で外観も類似していた。</li> </ul>              |
| ○その他                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・泌尿器科の医師は、前立腺疾患の患者の診察を継続的に行っている中で、ザイティガ錠とザルティア錠のどちらの薬剤も処方することが多かった。</li> <li>・患者は前回の薬剤と外観が違うことに気付いていたが、包装が変わったのかと思いそのまま内服していた。</li> </ul>                |

### 4) 薬剤の取り違いに気付いたきっかけ

事例に記載された内容から、薬剤の取り違いに気付いたきっかけを整理して示す。

図表Ⅲ－3－11 薬剤の取り違いに気付いたきっかけ

| 発生段階 | 気付いた人   | 気付いたきっかけ                                                               |
|------|---------|------------------------------------------------------------------------|
| 処方   | 医療事務の職員 | レセプトチェックの際、「前立腺肥大」の病名で「ザイティガ錠」が処方されていることに気付いた。                         |
|      | 薬剤師     | プリンク注を払い出した後、電子カルテで患者の症状を確認したところ、症状が腹痛、嘔吐であったため、処方間違いではないか問い合わせた。      |
| 調剤   | 助産師     | 誤って払い出されたミドドリン錠を2日間（計7回）内服後、翌日分の薬剤を準備していた助産師が処方されているリトドリン錠ではないことに気付いた。 |
|      | 看護師     | ロラゼパム錠を1回2錠から1錠に減量の指示を受けて薬剤を確認したところ、ロラゼパム錠がないことに気付いた。                  |
|      | 病棟薬剤師   | 別の疾患で入院した際に持参薬を確認したところ、処方されているはずのユリノーム錠はなくユリーフ錠があることに気付いた。             |

## (4) 事例の内容

「処方」と「調剤」の主な事例を以下に示す。

図表Ⅲ－３－１２ 事例の内容

| No.          | 事故の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 事故の背景要因                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 改善策                                                                                                                                                |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>処方の事例</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |
| 1            | 患者は前立腺肥大で、タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg1錠(分1朝)を開始したが効果が不十分で、アボルブカプセル0.5mg1カプセル(分1朝)を追加した後であった。医師はやはり効果が十分ではないと判断し、ザルティア錠を開始することにしたが、電子カルテに入力する際、誤ってザイティガ錠をオーダした。院外処方箋で処方され、保険薬局に持ち込まれた。これまでも同じ保険薬局で調剤していたが、薬局では患者への確認や疑義照会もなく、処方通りに調剤し、患者に交付した。患者は今回追加となった薬剤であったため、薬剤の間違いに気付くことはなく約2週間服用を続けていた。病院内でレセプトをチェックした際、医療事務の職員が「前立腺肥大」の病名で「(腫)ザイティガ錠」が処方されていることに気付き、カルテを確認したところ、生検で悪性が否定されていることからオーダ間違いの可能性があると報告があった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>当院の処方システムでは、3文字以上の入力で検索することになっており、当時の詳細な検索方法は不明であるが両剤が同時に表示されることはない。</li> <li>ザイティガ錠とザルティア錠は文字列が違うものの、見た目や発音上の類似点が多い。さらには同じ泌尿器科領域の薬剤で、前立腺に対し良性か悪性かで処方異なる。</li> <li>泌尿器科医師が、前立腺疾患の患者の診察を継続的に行っている中で、どちらの薬剤もよく処方するため、非常にリスクが高いと考える。</li> <li>ザイティガ錠は、通常プレドニゾロンを併用して投与する薬剤であるが、当該患者にはステロイドの処方なかった。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>本事例が発生する前から、電子カルテでの表示は「(腫)ザイティガ錠(250mg)」と表示されるように対策を立てていた。現状、これ以上の対策は難しいと考えている。</li> </ul>                  |
| <b>調剤の事例</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |
| 2            | 患者は高尿酸血症・高脂血症の治療目的で糖尿病・代謝・内分泌内科を定期的に受診し、内服薬でコントロールしていた。19日前に外来受診し、ユリノーム錠50mg(尿酸排泄薬)を含む3剤が院内処方された。薬剤部ではユリノーム錠50mgのところ、誤ってユリーフ錠4mg(排尿障害治療薬)を調剤し、鑑査者も誤りに気付かずそのまま患者に交付した。その後、患者が脊柱管狭窄症に対する神経根ブロックの目的で入院した。病棟薬剤師が持参薬を確認した際、処方されているはずのユリノーム錠50mgではなくユリーフ錠4mgを持っており、調剤時の薬剤取り違えが判明した。患者に確認すると、処方された翌日から入院前日までユリーフ錠を内服していたことが分かった。薬剤部でユリノーム錠に交換し、内服を開始した。翌日の採血データは、UA7.5(約1ヶ月前:UA4.4)であった。                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>調剤を行う薬剤師以外に、2名の薬剤師が鑑査を実施する。</li> <li>今回、調剤をした薬剤師は、以前にも同様の間違いをして鑑査者に気付いてもらったことがあったが、今回は鑑査者も気付かず誤って交付した。</li> <li>処方箋には棚番号および調剤総量が印字されているが、今回は棚番号を確認せず、思い込みでユリーフ錠の棚から必要錠数を調剤した。</li> <li>患者は前回までの薬と外観が違うことは気付いていたが、ユリノーム錠の包装が変わったと思い、そのまま服用していた。</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>処方箋には棚番号および調剤総量が印字されているので、棚番号を確認して調剤を行うことを徹底する。</li> <li>ユリノーム錠とユリーフ錠の棚に「類似薬品名称あり」の表示を行い、注意喚起する。</li> </ul> |



| No. | 事故の内容                                                                                                                                                                                            | 事故の背景要因                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 改善策                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3   | <p>切迫早産で入院加療中の患者に、リトドリン錠5mg(切迫流・早産治療剤)1日4回毎食後・眠前の処方オーダーが出ていた。しかし、リトドリン錠5mgではなく、ミドドリン錠2mg(低血圧治療剤)が調剤・鑑査され、病棟へ払い出された。病棟でも気付かず、患者は朝・昼・夕・眠前、翌日朝・昼・夕の計7回服用した。2日目の準夜帯、翌日分の薬を助産師2名で確認していた際に誤りに気付いた。</p> | <p>【薬剤室】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当直時間帯での調剤で注意力が不足していた。</li> <li>・急ぎの薬剤ではなかったが、当日は、定期内服処方日で臨時処方を調剤しておかないと日勤が多忙になるという意識があった。</li> <li>・切迫早産の薬で注意が必要であり、名称類似もあるという意識はしていたが、調剤依頼2件、問い合わせ2件、冷所品がないという連絡で病棟へ確認に行くなどの中断作業があり、注意力が不足した。</li> <li>・薬剤名や錠数などをチェックするという内規があったが遵守していなかった。</li> <li>・名称が類似した薬剤を採用していた。</li> </ul> <p>【病棟】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨時処方の配薬のセットをリーダー1人で行っていた。</li> <li>・内服したかの確認だけで配薬された薬剤の名称まで確認していなかった。</li> <li>・薬剤が間違っていないだろうという思い込みで行動していた。</li> <li>・ダブルチェックの際に、薬剤を1人が目視するだけで正しく確認できておらず、ダブルチェックの意味がなかった。</li> </ul> | <p>【薬剤室】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ミドドリン錠2mgの採用を中止し、メトリジンD錠2mgへ切り替える。</li> <li>・当直勤務者が依頼を受けていない調剤を行うことを中止する。</li> <li>・調剤者が処方箋に必ず確認事項のチェックを赤字で記入し、チェックの入っていない薬剤は調剤者へ差し戻す。</li> </ul> <p>【病棟】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨時処方薬を配薬カートへセットする際は、リーダー1人で行わず、受け持ち助産師とダブルチェックする。</li> <li>・ダブルチェックの方法を変更する(電子カルテの読み上げと薬剤の指さし呼称、その後、役割を変えて同様の確認作業を行う)。</li> <li>・1日分の配薬を中止し、1回配薬に変更した。</li> </ul> |

## (5) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策を示す。

図表Ⅲ－３－１３ 事例が発生した医療機関の改善策

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○薬剤の採用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ミドドリン錠2mgの採用を中止し、メトリジンD錠2mgへ切り替える。</li> <li>・レボフロキサシン点滴静注バッグ500mg／100mLから、500mg／20mLのバイアル製剤に採用を切り替える。</li> </ul>                                                                                                                                                                  |
| ○調剤室の表示                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユリノーム錠とユリーフ錠の棚に「類似薬品名称あり」の表示を行い、注意喚起する。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| ○調剤時の確認                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤名称と規格を一字一句省略せず、指差し呼称で確認する。</li> <li>・処方箋には棚番号および調剤総量が印字されているので、棚番号を確認し調剤を行うことを徹底する。</li> <li>・調剤者は処方箋に必ず確認事項のチェックを赤字で記入し、鑑査者はチェックの入っていない調剤薬が鑑査に回ってきた場合は調剤者へ差し戻す。</li> <li>・調剤・鑑査時に処方・薬剤バーコードによる照合システムを導入する。</li> <li>・薬剤の払出請求があった場合、薬剤師と受け取る側で払い出す薬剤が合致しているか互いに確認する。</li> </ul> |
| ○準備時の確認                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・配薬カートへ薬剤をセットする際は、リーダー1人で行わず、受け持ち助産師とダブルチェックを行う。</li> <li>・看護師2人によるダブルチェックの方法を、電子カルテの読み上げと薬剤の指差し呼称に分かれ、その後、役割を変えて同様の確認作業を行う方法に変更する。</li> </ul>                                                                                                                                     |
| ○その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品への切り替えによる名称類似について院内に注意喚起する。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |

## (6) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例

本財団が運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業では、「名称類似に関する事例」について分析テーマや共有すべき事例で取り上げている。共有すべき事例は、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例を取り上げ、事例のポイントを付して公表している。2018年に公表した共有すべき事例No.7の事例1では、薬局でマイスタン錠とマイスリー錠の処方間違いに気付き、疑義照会を行った事例が紹介されている。

また、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページの「事例検索」には、薬局から報告された事例を公表しており、事例の概要が疑義照会の事例の中には、医療機関で処方された処方箋の誤りに気付き、疑義照会したことで名称類似による薬剤の取り違いを未然に防いだ事例も含まれている。事例の概要を「疑義照会」、キーワードに「名称 類似」と入力して「全て含む」で検索すると事例を閲覧することができる。



## 図表Ⅲ－3－14 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例 2018年No.7 事例1<sup>15)</sup>

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

**共有すべき事例**

2018年No.7 事例1

疑義照会に関する事例

事例

【事例の内容】  
処方箋にはマイスラン錠5mgが記載されていた。てんかんの既往歴のある患者であったため、処方箋通りにマイスラン錠5mgを調剤した。服薬指導時、患者の話と処方内容が食い違うため疑義照会したところ、マイスリー錠5mgを処方するつもりであったことがわかった。病院での入力間違いであった。

【背景・要因】  
病院での単純な入力間違いであったが、患者にてんかんの既往歴があったため、薬局での調剤時には病院の入力間違いに気付かなかった。

【薬局が考えた改善策】  
病院に対し、過去にもマイスリー錠5mgとマイスラン錠5mgの取り違い事例が複数あったことを報告した。さらに、マイスリー錠5mgを処方する時は、一般名（ゾルピデム酒石酸塩錠）で処方するように依頼し、改善された。薬局でも再度、取り違いの事例について周知徹底した。

事例のポイント

●患者の話と処方薬剤に食い違いが生じたこと、またマイスラン錠5mgとマイスリー錠5mgは名称が類似した薬剤であることから、不確実ではあるが医療安全のために、「ひょっとして」、「もしかすると」、「ともすれば」と考えて、疑義照会が行われたと推察する。

●患者の安全のために病院との適切なコミュニケーションが取れる薬局薬剤師のスキルの高さと、薬局による当該病院発行の処方箋に関するヒヤリ・ハット事例の蓄積データに基づく説明、薬局からの提案を受け入れて改善に取り組む病院の真摯な姿勢など、薬局と病院との良好な信頼関係がうかがえる。患者の安全確保のために、薬局と処方元の医療機関の間で信頼関係を構築することが重要である。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-6-17 東京ビル  
電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）  
http://www.jmk.or.jp/mv/02090201.pdf

## 【事例の内容】

処方箋にはマイスラン錠5mgが記載されていた。てんかんの既往歴のある患者であったため、処方箋通りにマイスラン錠5mgを調剤した。服薬指導時、患者の話と処方内容が食い違うため疑義照会したところ、マイスリー錠5mgを処方するつもりであったことがわかった。病院での入力間違いであった。

## 【背景・要因】

病院での単純な入力間違いであったが、患者にてんかんの既往歴があったため、薬局での調剤時には病院の入力間違いに気付かなかった。

## 【薬局が考えた改善策】

病院に対し、過去にもマイスリー錠5mgとマイスラン錠5mgの取り違い事例が複数あったことを報告した。

さらに、マイスリー錠5mgを処方する時は、一般名（ゾルピデム酒石酸塩錠）で処方するように依頼し、改善された。薬局でも再度、取り違いの事例について周知徹底した。

## 【事例のポイント】

- 患者の話と処方薬剤に食い違いが生じたこと、またマイスラン錠5mgとマイスリー錠5mgは名称が類似した薬剤であることから、不確実ではあるが医療安全のために、「ひょっとして」、「もしかすると」、「ともすれば」と考えて、疑義照会が行われたと推察する。
- 患者の安全のために病院との適切なコミュニケーションが取れる薬局薬剤師のスキルの高さと、薬局による当該病院発行の処方箋に関するヒヤリ・ハット事例の蓄積データに基づく説明、薬局からの提案を受け入れて改善に取り組む病院の真摯な姿勢など、薬局と病院との良好な信頼関係がうかがえる。患者の安全確保のために、薬局と処方元の医療機関の間で信頼関係を構築することが重要である。

## (7) 製薬企業による注意喚起

医薬品の製造販売業者等は、医療機関向けに医薬品の安全使用に関する情報を提供している。独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページの「製薬企業からの医薬品の安全使用（取り違い等）に関するお知らせ」から、2017年以降に提供された販売名の類似による取り違いに関するお知らせを下記に整理して示す。

注意喚起文書の中には、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の事例データベース等から事例を引用しているものもあり、医療機関や薬局から報告された事例が活用されている。

製薬企業から名称類似に関する注意喚起が出されているが、その後も再発・類似事例が報告されている薬剤もある。根本的な再発防止対策として、「アルマールとアマリール」の組み合わせのうちアルマールがアロチノロール、「プリンクとプリンペラン」の組み合わせのうちプリンクがアルプロスタジルに変更になるなど、一般名への名称変更の取り組みも行われている。

図表Ⅲ－３－１５ ２０１７年以降に提供された名称類似に関する医薬品の安全使用（取り違い等）に関するお知らせ<sup>16)</sup>

| 掲載年月     | 注意喚起した薬剤名の組み合わせ |        | 情報提供元                                                |
|----------|-----------------|--------|------------------------------------------------------|
| ２０１８年１１月 | エクセグラン          | エクセラーゼ | 大日本住友製薬（株）<br>Meiji Seikaファルマ（株）                     |
| ２０１８年１０月 | マイスリー           | マイスタン  | アステラス製薬（株）<br>大日本住友製薬（株）                             |
| ２０１８年 ７月 | ノルバデックス         | ノルバスク  | アストラゼネカ（株）<br>ファイザー（株）                               |
| ２０１７年１２月 | テオドール           | テグレトール | 田辺三菱製薬（株）<br>サンファーマ（株）                               |
| ２０１７年１０月 | リクシアナ錠          | リフキシマ錠 | 第一三共（株）<br>あすか製薬（株）                                  |
| ２０１７年１０月 | ザイティガ錠          | ザルティア錠 | ヤンセンファーマ（株）<br>アストラゼネカ（株）<br>日本イーライリリー（株）<br>日本新薬（株） |
| ２０１７年 ５月 | ノルバデックス         | ノルバスク  | アストラゼネカ（株）<br>ファイザー（株）                               |

## （８）まとめ

医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」および医療安全情報No.68「薬剤の取り違い（第2報）」について、第47回報告書の集計期間後の2016年10月から本報告書分析対象期間に報告された事例を分析した。発生段階や当事者職種を分類し、取り違えた薬剤の組み合わせを掲載した。また、薬剤の名称類似の分類や取り違えた背景、薬剤の取り違いに気付いたきっかけを整理して示した。さらに、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している「共有すべき事例」や、2017年以降に製薬企業から提供された注意喚起を紹介した。

医師が誤って処方した薬剤は、調剤する薬剤師や投与する看護師が、医師が意図して処方したと解釈してしまう可能性が高く、間違いに気付かないことがある。しかし、薬剤師が誤って調剤した薬剤は、処方の内容と薬剤名が異なるため、薬剤師が鑑査する際や看護師が準備時に行う確認で間違いに気付くことができる可能性がある。薬剤によっては、患者への影響が大きくなる可能性もあるため、注意が必要である。名称類似による薬剤の取り違いの事例は継続的に報告されていることから、今後も引き続き推移に注目し、注意喚起を行っていく。

## (9) 参考文献

1. ギルティア錠 2.5 mg / 5 mg 添付文書. 日本新薬株式会社 / 日本イーライリリー株式会社. 2018年8月改訂 (第4版).
2. ギルティガ錠 250 mg 添付文書. ヤンセンファーマ株式会社 / アストラゼネカ株式会社. 2018年2月改訂 (第7版).
3. プリンペラン注射液 10 mg 添付文書. アステラス製薬株式会社. 2018年5月改訂 (第11版).
4. アルプロスタジル注 10  $\mu$ g 「武田テバ」添付文書. 武田テバファーマ株式会社. 2017年7月 (第16版).
5. ユリノーム錠 2.5 mg / 50 mg 添付文書. 鳥居薬品株式会社. 2011年11月改訂 (第6版).
6. ユリーフ錠 2 mg / 4 mg、ユリーフOD錠 2 mg / 4 mg 添付文書. キッセイ薬品工業株式会社. 2016年8月改訂 (第7版).
7. ロラゼパム錠 0.5 mg / 1 mg 「サワイ」添付文書. 沢井製薬株式会社. 2017年3月改訂 (第14版).
8. ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg / 2 mg 「SN」添付文書. シオノケミカル株式会社. 2017年3月改訂 (第11版).
9. リトドリン錠 5 mg 「PP」添付文書. 株式会社ポーラファルマ. 2011年10月改訂 (第11版).
10. ミドドリン塩酸塩錠 2 mg 「JG」添付文書. 日本ジェネリック株式会社 / 大興製薬株式会社. 2014年6月改訂 (第2版).
11. シプロキササン注 200 mg / 400 mg 添付文書. バイエル薬品株式会社. 2019年1月改訂 (第33版).
12. レボフロキサシン点滴静注バッグ 500 mg / 100 mL 「DSEP」添付文書. 第一三共エスファ株式会社. 2019年1月改訂 (第3版).
13. フェンタニル注射液 0.1 mg / 0.25 mg / 0.5 mg 「ヤンセン」添付文書. ヤンセンファーマ株式会社. 2018年2月改訂 (第8版).
14. レミフェンタニル静注用 2 mg / 5 mg 「第一三共」添付文書. 丸石製薬株式会社 / 第一三共株式会社. 2016年12月改訂 (第2版).
15. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例 2018年 No.7 事例1. [http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing\\_case\\_2018\\_07.pdf](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing_case_2018_07.pdf) (参照 2019-04-03).
16. 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (PMDA). 製薬企業からの医薬品の安全使用 (取り違い等) に関するお知らせ. <http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0178.html> (参照 2019-03-25).