【２】「薬剤の取り違え」（医療安全情報 No. ４　第２報 No. ６８）について

（１）発生状況

薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違え」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）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、第２５回報告書（２０１１年６月公表）、第２９回報告書（２０１２年６月公表）においても再発・類似事例の発生状況で取り上げている。また、医療安全情報 No. ６８「薬剤の取り違え（第２報）」（２０１２年７月提供：集計期間２００７年１月～２０１２年５月）では、「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[1)]が厚生労働省より出されたことを紹介し、再び注意喚起を行った。

今回、本報告書分析対象期間（２０１６年７月～９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とした。医療安全情報 No. ６８の集計期間後の２０１２年６月以降に報告された類似事例の報告件数を図表Ⅲ - ３- ４に示す。

図表Ⅲ - ３- ４　「薬剤の取り違え」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
２０１２年		0	0	0	0
２０１３年	0	0	0	0	0
２０１４年	2	0	1	0	3
２０１５年	2	0	1	1	4
２０１６年	0	1	2	—	3

図表Ⅲ - ３- ５　医療安全情報 No. ４　「薬剤の取り違え」

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

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.4　2007年3月

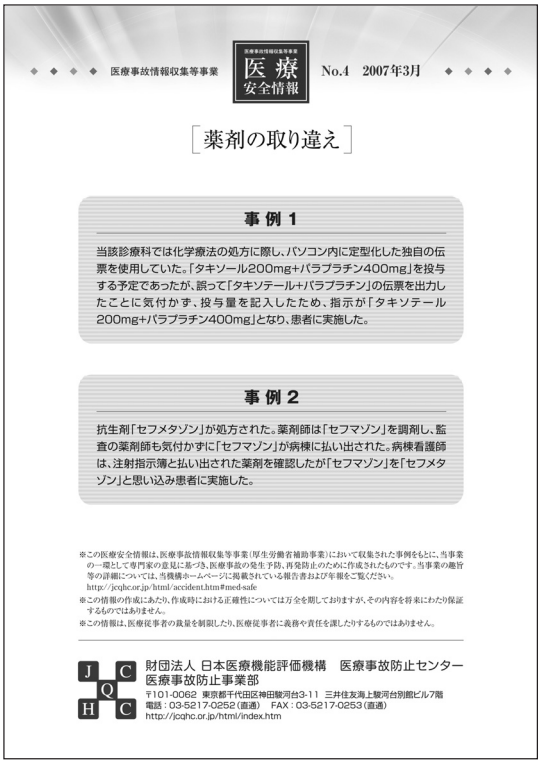
［薬剤の取り違え］

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
アルマール錠	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	タキソテール注
タキソテール注	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。


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.4　2007年3月

［薬剤の取り違え］

事例１

当該診療科では化学療法の処方に際し、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「タキソテール+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「タキソテール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に「セフマゾン」が病棟に払い出された。病棟看護師は、注射指示簿と払い出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の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

図表Ⅲ - ３- ６　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

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.68　2012年7月

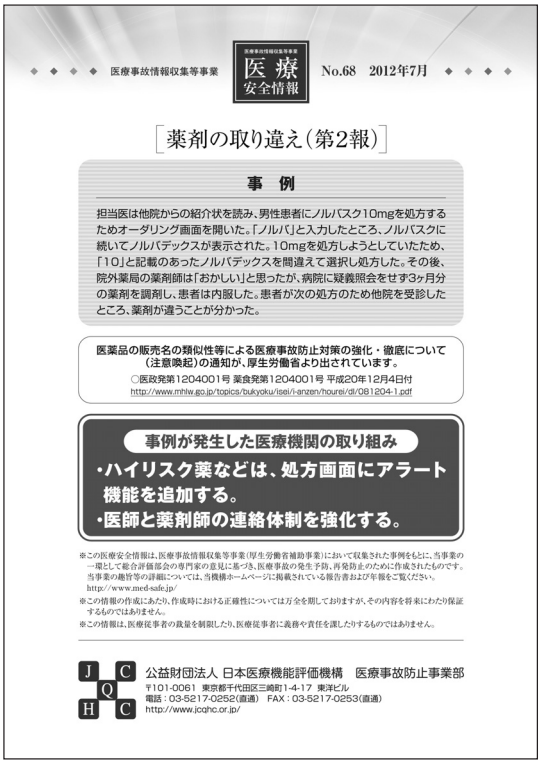
［薬剤の取り違え（第2報）］

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

◆アルマール錠は、アロチノロール塩酸塩錠「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、複数回報告された薬剤を掲載しています。


医療事故情報収集等事業　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、病院に疑義照会をせず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。
○医政発第1204001号 薬食発第1204001号 平成20年12月4日付
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/081204-1.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会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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://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おりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりする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
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通)　FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.jcqhc.or.jp/

（２）事例の概要

①発生段階

医療安全情報 No. ６８の集計期間後の２０１２年６月以降に報告された事例１０件を発生段階で分類したところ、処方の事例が５件、調剤の事例が５件であった。

図表Ⅲ - ３- ７　事例の分類

発生段階	件数
処方	5
調剤	5
合　計	１０

②当事者職種

報告された事例の当事者職種には、処方を行う医師、調剤を行う薬剤師の他に、内服薬の与薬や注射薬の準備・投与に関わる看護師が多く含まれていた。

図表Ⅲ - ３- ８　当事者職種

当事者職種	件数
医師	6
看護師	１０
薬剤師	5
合　計	２１

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

（３）事例の内容

２０１５年以降に報告された事例７件の内容を以下に示す。

図表Ⅲ - 3 - 9　事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
処方の事例			
1	医師はアモキサンカプセルの処方を意図し、誤ってアモキシシリンカプセルの処方を行った。誤った内服薬の処方が継続され、在宅医療目的で他院に紹介した際に処方内容の照会があり、判明した。	外来で疼痛管理と共に化学療法中の患者であった。毎回化学療法の内容変更が続いていたため、指示出しの煩雑な状態が続いており新規内服薬の処方の確認を怠った。	・処方内容の再確認が必要である。
2	患者はアレルギー性鼻炎があり、他院からアレロック錠５が処方され内服していた。入院中にアレロック錠５を飲み切ったため、当院からの処方を希望した。回診時に看護師はアレロック錠５の空シートを読み上げ、口頭にて医師に処方を依頼した。オーダリング入力をした際、「アテレック錠（１０）０．５錠　５回分」と入力されていたが、確認をせずに指示受けを行った。内服自己管理中であったため、薬剤科から届いた薬剤を夜勤看護師が患者に渡した。内服をした患者から「いつもと薬が違う気がする」と言われ、内服薬が間違っていることに気が付いた。	他院で処方されたアレロック錠５は、屯用で５回分の処方であった。入院時、担当した看護師が内服状況を確認し、持参薬、お薬手帳を預かり、薬剤科に検薬を依頼することになっていたが、今回は患者からの情報提供がなく、検薬用紙が作成されていなかった（当院にはアレロック錠がないため、同効薬を処方するためにも検薬を行っておく必要があった）。検薬は、土日祝日の日中は平日と同じく薬剤科で対応するが、夜間は翌朝の処理となる。オーダリング入力の際、３文字入力での入力だが、看護師もしくは医師が薬剤名を勘違いし、“アテレ”と伝えたか入力をした。回診前に別件で患者から訴えがあり、すぐに対応しなければという焦りがあった。処方依頼を行った看護師は、アレロック錠・アテレック錠の薬効を知っており、処方間違いしやすい薬剤という認識はあった。持参薬の切り替え時に検薬結果用紙を医師に見せながら依頼するというルールがあったが、検薬されていなかったため、医師から薬剤名を問われ、口頭で伝えた。空のシートを残してあったが、医師に見せて処方の依頼をするというルールはなかった。	・持参薬の処方希望があった時、検薬されていない場合には検薬後の処方とする（医師は検薬用紙を見ながら処方の入力を行う）。 ・オーダリング入力の際、処方間違いをしやすい薬剤については薬剤名の後に種類などの注意書きが入れられるので、アテレック（降圧剤）と注意書きを入れる。 ・自己管理の内服薬を患者に渡す際には、薬剤情報用紙を患者に見せながら説明し、薬剤について理解しているか評価を必ず行う。理解していない場合には、自己管理を中止する。
3	抗がん剤治療目的で入院し、翌日からＭＥＣ療法（メソトレキセート、エピルビシン、シスプラチン）を行うことになった。前日１３時頃に、翌日投与のメソトレキセートの副作用防止のため、ロイコボリン錠１日４回１回１錠を処方するつもりでオーダリングシステムの処方画面に「ロイコ」と入力し、ロイコボリン錠を処方したつもりで誤ってロイコン錠１日４回１回１錠を処方した。患者は翌朝８時頃にロイコン錠を内服した。その日の朝９時頃に薬剤部より誤っていることの指摘があり、残りのロイコン錠を返品し、ロイコボリン錠を改めて処方した。	他の患者への対応に追われており、確認を怠った。	・処方画面には薬剤名を最後まで入力し、処方した薬剤の名称と量、投与日数を何度も確認する。
4	嘔気があり、脱水で入院予定の患者の点滴に制吐剤のプリンペラン０．６Ａを入れるために処方しようとして、誤ってプリンクを処方した。間違った処方（プリンク１０μｇ０．６Ａ＋ＫＮ１号２００ｍＬ）を受けた看護師は、初めて使用する薬剤で疑問を持ちながらも、別の看護師に薬剤の効能を尋ね、薬剤師から払い出しを受ける時に添付文書ももらったが、医師に確認せずに施行した。診療を引き継いだ別の医師が気づいた。薬剤による影響はないと判断した。	「プリン」で３文字検索した医師は、上部に候補表示されたプリンク（劇　プリンク１０μｇ２ｍＬ（パルクス）と表示された）をクリックして処方した。施行した看護師に尋ねられた看護師は、血液をさらさらにする薬と答えたが、それ以上の判断はできなかった。薬剤師は小児に使用すると聞いたが、０．６Ａなので考慮された上での処方と思い尋ねなかった。施行した看護師は、初めて使用する薬剤であり、別の看護師に薬効を確認し、薬剤師に添付文書をもらったが、それ以上尋ねず医師にも確認しなかった。	・プリンクを別の後発医薬品のアルプロスタジルに変更した（当院の電子カルテでの警告は今以上出せない）。 ・ニュースの発信と医局報告を行った。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
調剤の事例			
5	スイニー錠（１００ｍｇ）５６日分　１日量２錠　朝１錠夕１錠内服と処方されたが、薬剤部で調剤時に取り違え、スーグラ錠（５０ｍｇ）５６日分　１日量２錠　朝１錠夕１錠を調剤した。薬をピッキングする薬剤師と鑑査する薬剤師は別の者であったが、両方の確認をすり抜けた。患者は口渇・ふらつき・倦怠感が生じたが、薬が異なっている事に気が付かずに服用を継続した。次の受診日の直前に薬の説明書と内服している薬の名前が異なることに気が付き、病院へ連絡をして誤調剤が判明した。この時点まで患者は異なる薬を約２か月間内服していた。今回の服用により８％前後であったＨｂＡ１ｃが９％に上昇し血糖コントロールが乱れた疑いがあるために、予定されていた眼科の手術は中止となり、血糖コントロール目的の入院となった。	調剤する薬は、錠剤台に薬の効能別にまとめており、今回取り間違えたスイニー錠とスーグラ錠は、同じ糖尿病に対して使用されることから、同じ棚で隣同士の配置となっていた。また、両薬剤の名称が似ていたこと、外観の包装が類似していたこと、採用されて間もないため意識が低かったことなどから、調剤者と鑑査者の両方を通過した。また、患者に薬の内容について説明を十分に行っていなかった。受け取った患者も、薬剤名が少し異なるが後発医薬品へ変更されたものだと思い込んでいた。	・スイニー錠とスーグラ錠を配置する棚を変更することにより、薬剤の位置を離した。 ・リスクの高い一部の薬剤に関しては、別の薬剤師が確認を行うことによりチェック体制を強化した。
6	「半夏厚朴湯」が処方されたが、薬剤師が誤って「半夏瀉心湯」を払い出した。病棟に薬剤が払い出され、夜勤看護師Ａ・Ｂで翌日分の準備の際、看護師Ａが指示画面を「ハンゲコウボクトウ」と読み上げ、看護師Ｂは現品を薬袋から取り出し、「ハンゲコウボクトウ」と声に出し、一日分を各食前薬の袋に入れる作業を行った。翌朝、朝食前に看護師Ｂが当該薬剤を投与し、昼食前の分を看護師Ｃが投与した。夜勤の看護師Ｄが夕食前薬を投与しようとした際に、指示と薬剤の現品の名称が違うことに気がついた。	「半夏」で始まる名称類似薬剤のため、思い込みが生じた。薬剤部では誤調剤を防ぐために薬剤名の前にツムラ○番と番号を印字するようにしており、その番号も含めて読み上げるように指導している。今回はそれを怠っていた。漢方薬の番号の確認不足と類似薬（漢方薬）に関する知識不足も要因としてある。内服準備時や投与時のルールに沿った確認方法や、誤認を防止するための指差し呼称などが不足していた。	・漢方薬の番号の確認を徹底する。 ・内服薬準備・投薬時の指差し呼称を徹底する。 ・投薬時の確認方法（６Ｒ）の周知と監査を行う。 ・漢方薬は名称類似が多いことはよく知られているため、必ず番号も含め最後まで呼称して調剤をするように指導を行った。
7	５時にベニロン－Ｉ（２．５ｇ）８Ｖが処方された。当直の薬剤師が、７時３０分頃、ＩＣＵ看護師より薬剤を取りに行くとの連絡を受け、誤ってグロベニン－Ｉ（２．５ｇ）８Ｖを調剤し、鑑査をすり抜け払い出された。ＩＣＵ看護師が、薬剤をＩＣＵに持ち帰り、看護師Ｂ・Ｃで指示を確認後、８時より１Ｖ目の投与を開始した。１１時、看護師Ｄ・Ｅでダブルチェック後、２Ｖ目の投与を開始した。１６時、看護師Ｄ・Ｅでダブルチェック後、３Ｖ目を開始した。１８時、夜勤看護師Ｆ・Ｇで確認の際、指示薬剤と投与されている薬剤が異なることに気がついた。	グロベニン－ＩとベニロンーＩは過去にも誤調剤があり、様々な注意喚起がなされてきた。その上で必ず薬剤名を指でなぞりながら呼称するように厳しく指導されてきた。しかしながら、当事者はそのルールを遵守していなかった。夜勤帯の単独業務のために特に慎重に行うべきであった。薬剤部の払い出しに間違いはないという思い込みと、急変対応による焦りがあった。環境因子としてお互いの声が聞き取りにくい状況であったが、思い込みもありそのまま投与した。	・輸血同様クロスチェックを実施する。 ・同時に読み上げるのではなく、１人ずつ読み上げる。 ・６Ｒを遵守する。 ・臨時カンファレンスで、血液製剤が輸血同様の重要性があることを再認識し、投与する責任について話し合い共有を行った。また、特に救急対応時は間違うリスクが高いことを認識し、気持ちの焦りや環境に左右されない常に基本的な信頼できる確認が実践できるよう注意喚起した。 ・グロベニン－Ｉとベニロン－Ｉの誤調剤はこれまでも複数回あり、その都度対策を立ててきた。指差し呼称の徹底とともに、処方せんへの印字色を製品イメージカラーに合わせてグロベニン－Ｉが緑、ベニロン－Ｉが赤で表示されるように変更した。

（４）事例の分析

①取り違えた薬剤の組み合わせ

報告された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」、および主な薬効を次に示す。

図表Ⅲ - 3 - １０　取り違えた薬剤の組み合わせ

発生段階	種類	投与すべき薬剤 主な薬効※1	取り違えた薬剤 主な薬効※1
処方	内服薬	アスベリン錠※2 鎮咳剤	アスペノンカプセル※2 不整脈治療剤
		アモキサンカプセル※2 うつ病・うつ状態治療剤	アモキシシリンカプセル※2 合成ペニシリン製剤
		アレロック錠５ アレルギー性疾患治療剤	アテレック錠１０（０．５錠） 持続性Ｃａ拮抗降圧剤
		ロイコボリン錠※2 抗葉酸代謝拮抗剤	ロイコン錠１０ｍｇ 白血球減少症治療剤
	注射薬	プリンペラン注射液１０ｍｇ 消化器機能異常治療剤	プリンク注１０μｇ プロスタグランジンE_1製剤
調剤	内服薬	ガスコン錠４０ｍｇ 消化管内ガス駆除剤	ガスロンＮ・ＯＤ錠２ｍｇ 粘膜防御性胃炎・胃潰瘍治療剤
		スイニー錠１００ｍｇ 選択的ＤＰＰ - ４阻害剤 －２型糖尿病治療剤－	スーグラ錠５０ｍｇ 選択的ＳＧＬＴ２阻害剤 －２型糖尿病治療剤－
		ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用） 漢方製剤	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用） 漢方製剤
		デュファストン錠５ｍｇ レトロ・プロゲステロン製剤	フェアストン錠４０ 乳癌治療剤
	注射薬	献血ベニロンーＩ 静注用２５００ｍｇ 血漿分画製剤 静注用人免疫グロブリン製剤	献血グロベニンーＩ静注用２５００ｍｇ 血漿分画製剤 静注用人免疫グロブリン製剤

※１　主な薬効は添付文書の記載をもとにした。
※２　事例の内容に正式な販売名が記載されていないため規格は不明である。

報告された事例１０件のうち、主な薬効が異なる組み合わせが７件と多かった。主な薬効が異なる薬剤と取り違えると、患者への影響が大きくなる可能性がある。また、漢方製剤は、主な薬効は同じ分類に入るが成分は異なり、効能又は効果が異なるため注意が必要である。

②薬剤名の類似について

本財団が運営する薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、保険薬局で発生した、または発見したヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、情報提供を行っている。同事業では、平成２１年年報～平成２７年年報で、分析テーマとして名称類似に関するヒヤリ・ハット事例を取り上げている。それらの分析では、名称が類似した医薬品を取り違えた事例について、頭文字が３文字以上一致する組み合わせ、頭文字が２文字一致する組み合わせ、その他の組み合わせに分類しており、本報告書でも同様に事例を分類して分析を行った。

図表Ⅲ - 3 - １１　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	アモキサン	アモキシシリン	処方
	プリンペラン	プリンク	
	ロイコボリン	ロイコン	
頭２文字が一致	アスベリン	アスペノン	処方
	ガスコン	ガスロンN	調剤
	半夏厚朴湯	半夏瀉心湯	
その他	アレロック	アテレック	処方
	スイニー	スーグラ	調剤
	デュファストン	フェアストン	
	ベニロンーⅠ	グロベニンーⅠ	

頭３文字が一致している組み合わせの事例は３件あり、いずれも処方の事例であった。薬剤の処方オーダでは、３文字入力を行って表示された薬剤名一覧の中から薬剤名を選択することが広く行われているが、その際の選択を誤ると意図していない薬剤を処方することになる。薬剤名を選択する時の確認と、オーダを確定する時の再確認が重要である。

頭文字が２文字一致している組み合わせの事例は３件あり、処方が１件、調剤が２件であった。いずれの組み合わせも頭文字２文字の他に一致する文字が含まれており、音韻的および視覚的な類似性が高いことが取り違えの要因として考えられた。

その他の組み合わせは４件あり、そのうち３件は調剤の事例であった。これらの組み合わせでは頭文字の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２文字以上含まれていた。調剤の過程においては、処方せんに記載されている薬剤名と薬剤棚や薬剤に表示されている薬剤名を目で見て確認するため、視覚的な類似性が高いことが薬剤取り違えの要因と考えられた。

（５）医療機関から報告された事例の背景・要因

報告された事例の内容から、主な背景・要因を場面別に整理し、図表Ⅲ - ３- １２に示す。

図表Ⅲ - ３- １２　主な背景・要因

処方時
○処方の入力
・当院では処方時「アスへ」と検索するとアスペノンカプセルが表示されるが、外来医師は非常勤であり、他院ではアスベリン錠が出るので無意識にクリックして処方した。 ・「プリン」で３文字検索した医師は、上部に候補表示されたプリンク注（劇　プリンク１０μｇ２ｍＬ（パルクス）と表示された）をクリックして処方した。 ・オーダリングシステムの処方画面に「ロイコ」と入力し、ロイコボリン錠を処方したつもりで誤ってロイコン錠を処方した。
○処方の確認
・毎回化学療法の内容変更が続いていたため、指示出しの煩雑な状態が続いており新規内服薬の処方の確認を怠った。 ・他の患者への対応に追われており、確認を怠った。
○その他
・持参薬の切り替え時に検薬結果用紙を医師に見せながら依頼するというルールがあったが、検薬されていなかったため、医師から薬剤名を問われ、口頭で伝えた。
調剤時
○調剤時の確認
・必ず薬剤名を指でなぞりながら呼称するように厳しく指導されてきたが、当事者はそのルールを遵守していなかった。 ・薬剤部では誤調剤を防ぐために漢方製剤の薬剤名の前にツムラ○番と番号を印字するようにしており、その番号も含めて読み上げるように指導しているが、今回はそれを怠っていた。
○調剤鑑査
・本来であれば、処方せん監査、調剤、調剤鑑査はそれぞれ別の薬剤師が行うことになっているが、急いでいたため、処方せん監査と調剤を同一人物が行い、最終鑑査のみ別の薬剤師が行った。 ・調剤鑑査を行った薬剤師は、処方せんの薬剤名を確認したが、薬袋に入っていた薬剤の錠数のみ確認しただけで薬剤名を確認しないまま、鑑査を終了した。
○調剤室の状況
・名前が類似した薬剤が同一棚の同一列に配置されていた。 ・スイニー錠とスーグラ錠は、同じ糖尿病に対して使用されることから、同じ棚で隣同士の配置となっていた。 ・薬剤棚と調剤の作業棚が離れているため、薬剤師は処方せんを見ながらピッキングを行っていなかった。 ・調剤スペースが狭くなってから、ピッキングしたその場で薬袋に入れることがあった。
○その他
・外観の包装が類似していた。 ・夜勤帯の単独業務のために特に慎重に行うべきであった。 ・薬剤が採用されて間もないことから意識が低かった。 ・院外処方であり、当院への疑義照会はなかった。

外来患者への交付時

・交付する際、薬剤師は患者とともに薬剤を確認せずそのまま渡し、説明や指導はしなかった。
・患者に薬の内容について説明を十分に行っていなかった。
・薬を受け取った患者は、薬剤名が少し異なることに気付いたが、後発医薬品へ変更されたものだと思い込んでいた。

病棟での準備・投与時

○看護師による確認

・看護師は、初めて使用する薬剤であり、別の看護師に薬効を確認し、薬剤師に添付文書をもらったが、それ以上尋ねず医師にも確認しなかった。
・薬剤部の払い出しに間違いはないという思い込みがあった。
・内服準備時や投与時のルールに沿った確認方法や誤認を防止するための指差し呼称などが不足していた。
・漢方薬の番号の確認が不足した。
・ダブルチェック時、お互いの声が聞き取りにくい状況であった。
・多忙な業務で焦り、確認が不十分だった。

○その他

・ガスコン錠とガスロンＮ・ＯＤ錠の名称・外観が似ていたため、ＰＴＰシートに記載された文字を「ガスコン」と見間違えた。
・漢方薬に関する知識不足があった。
・急変対応による焦りがあった。

（６）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整理して図表Ⅲ - ３- １３に示す。

図表Ⅲ - ３- １３　主な改善策

処方時

- 処方画面には薬剤名を最後まで入力し、処方した薬剤の名称と量、投与日数を何度も確認する。
- 処方内容の再確認が必要である。
- 持参薬の処方希望があった時、検薬されていない場合には検薬後に処方する。医師は検薬用紙を見ながら処方の入力を行う。

オーダリングシステム

- オーダリング入力の際、処方間違いをしやすい薬剤については薬剤名の後に種類などの注意書きが入れられるので、アテレック（降圧剤）と注意書きを入れる。
- オーダリング画面の薬剤検索の仕様を、濁点を含む正規の薬剤名３文字でなければ、選択画面に表示されないよう検討している。
- 処方せんへの印字色を製品のイメージカラーに合わせてグロベニン－Ｉが緑、ベニロン－Ｉが赤で表示されるように変更した。

採用薬剤

- プリンクを別の後発医薬品のアルプロスタジルに変更した。

調剤時

- 調剤の手順を遵守する。
- 指差し呼称を徹底する。
- 調剤時の指差し声出し確認を周知徹底し、調剤室のリーダーが１日２回１０時・１４時に見廻り確認する。実行できていない場合は、その場で注意する。
- 漢方薬は名称類似薬が多いことはよく知られているため、必ず番号も含め最後まで呼称して調剤をするように指導を行った。
- リスクの高い一部の薬剤に関しては、別の薬剤師が確認を行う事によりチェック体制を強化した。

調剤室の工夫

- 名前が類似した薬剤の同一列を禁止し、同じ棚に置く場合は棚段を２つ以上離すことで、取り間違いをしないように薬剤の配置を見直す。
- 使用頻度に関わらず、類似した名称の薬剤は離れた場所に配置することにした。
- スイニー錠とスーグラ錠を配置する棚を変更することにより、薬剤の位置を離した。
- 抗がん剤については棚の薬剤名に紫色のラインを引き、他の薬剤と区別がつくようにした。

外来患者への交付時

- 交付窓口での患者との薬剤確認を、ハイアラート薬のうち特に誤薬が重大な事故につながる薬が処方されている患者を対象に開始し、全科・全処方に対応できるよう進めていく。

病棟での準備・投与時

- 内服薬準備・投与時の指差し呼称を徹底する。
- 投与時の確認方法（６Ｒ）の周知と監査を行う。
- ダブルチェックのシミュレーションを行い、意識付けを図り、忙しい業務の時こそ正しい６Ｒのダブルチェックを実施する意識を持つよう注意喚起する。
- ダブルチェック時は同時に読み上げるのではなく、１人ずつ読み上げる。
- 自己管理の内服薬を患者に渡す際には、薬剤情報用紙を患者に見せながら説明する。

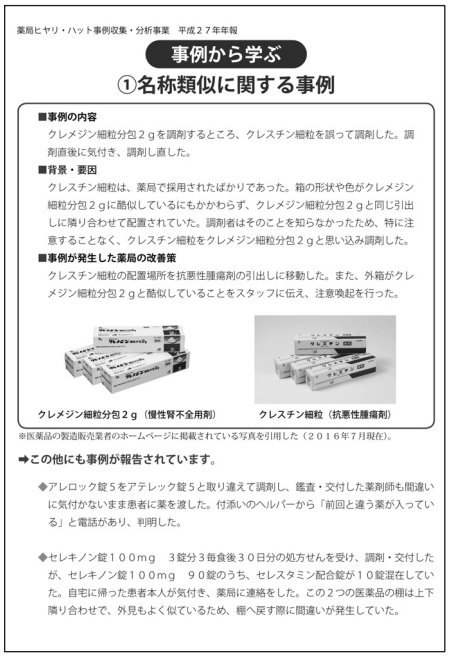
その他

- ニュースの発信と医局報告を行った。
- 特に救急対応時は間違うリスクが高いことを認識し、気持ちの焦りや環境に左右されない常に基本的な信頼できる確認が実践できるよう注意喚起した。

（７）薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の平成２７年年報では、分析テーマの一つとして「名称類似に関する事例」[21]を取り上げ、調剤の際に薬剤を取り違えた事例を分析している。同年報では、テーマ毎に事例を集計し、分析するとともに、「事例から学ぶ」というページで、代表的な事例に専門家によるポイントを付して掲載している。「事例から学ぶ」に掲載された名称類似に関する事例とポイントを以下に紹介する。

図表Ⅲ-３-１４　薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成２７年年報
【１】名称類似に関する事例－「事例から学ぶ」[22]


薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成２７年年報

事例から学ぶ

①名称類似に関する事例

■事例の内容
クレメジン細粒分包２ｇを調剤するところ、クレスチン細粒を誤って調剤した。調剤直後に気付き、調剤し直した。

■背景・要因
クレスチン細粒は、薬局で採用されたばかりであった。箱の形状や色がクレメジン細粒分包２ｇに酷似しているにもかかわらず、クレメジン細粒分包２ｇと同じ引出しに隣り合わせて配置されていた。調剤者はそのことを知らなかったため、特に注意することなく、クレスチン細粒をクレメジン細粒分包２ｇと思い込み調剤した。

■事例が発生した薬局の改善策
クレスチン細粒の配置場所を抗悪性腫瘍剤の引出しに移動した。また、外箱がクレメジン細粒分包２ｇと酷似していることをスタッフに伝え、注意喚起を行った。

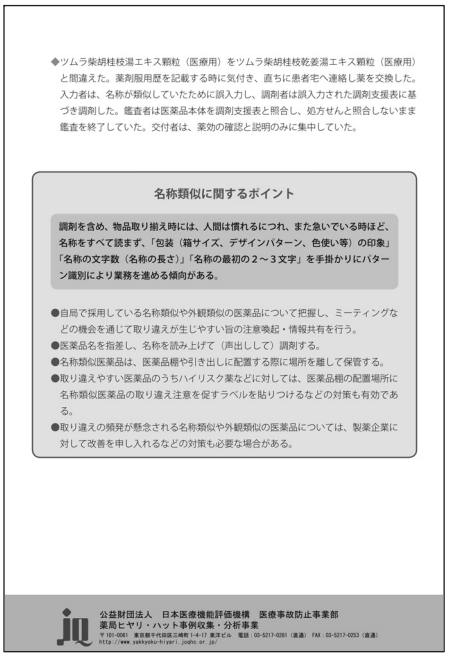
クレメジン細粒分包２ｇ（慢性腎不全用剤）　クレスチン細粒（抗悪性腫瘍剤）

※医薬品の製造販売業者のホームページに掲載されている写真を引用した（２０１６年７月現在）。

➡この他にも事例が報告されています。

◆アレロック錠５をアテレック錠５と取り違えて調剤し、鑑査・交付した薬剤師も間違いに気付かないまま患者に薬を渡した。付添いのヘルパーから「前回と違う薬が入っている」と電話があり、判明した。

◆セレキノン錠１００ｍｇ　３錠分３毎食後３０日分の処方せんを受け、調剤・交付したが、セレキノン錠１００ｍｇ　９０錠のうち、セレスタミン配合錠が１０錠混在していた。自宅に帰った患者本人が気付き、薬局に連絡をした。この２つの医薬品の棚は上下隣り合わせで、外見もよく似ているため、棚へ戻す際に間違いが発生していた。


◆ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）をツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）と間違えた。薬剤服用歴を記載する時に気付き、直ちに患者宅へ連絡し薬を交換した。入力者は、名称が類似していたために誤入力し、調剤者は誤入力された調剤支援表に基づき調剤した。鑑査者は医薬品本体を調剤支援表と照合し、処方せんと照合しないまま鑑査を終了していた。交付者は、薬効の確認と説明のみに集中していた。

名称類似に関するポイント

調剤を含め、物品取り揃え時には、人間は慣れるにつれ、また急いでいる時ほど、名称をすべて読まず、「包装（箱サイズ、デザインパターン、色使い等）の印象」「名称の文字数（名称の長さ）」「名称の最初の２～３文字」を手掛かりにパターン識別により業務を進める傾向がある。

●自局で採用している名称類似や外観類似の医薬品について把握し、ミーティングなどの機会を通じて取り違えが生じやすい旨の注意喚起・情報共有を行う。
●医薬品名を指差し、名称を読み上げて（声出しして）調剤する。
●名称類似医薬品は、医薬品棚や引き出しに配置する際に場所を離して保管する。
●取り違えやすい医薬品のうちハイリスク薬などに対しては、医薬品棚の配置場所に名称類似医薬品の取り違え注意を促すラベルを貼りつけるなどの対策も有効である。
●取り違えの頻発が懸念される名称類似や外観類似の医薬品については、製薬企業に対して改善を申し入れるなどの対策も必要な場合がある。

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
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル　電話（03-5217-0281（直通）　FAX（03-5217-0253（直通）
http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/

【名称類似に関する事例】

○クレメジン細粒分包２ｇを調剤するところ、クレスチン細粒を誤って調剤した。調剤直後に気付き、調剤し直した。

○アレロック錠５をアテレック錠５と取り違えて調剤し、鑑査・交付した薬剤師も間違いに気付かないまま患者に薬を渡した。付添いのヘルパーから「前回と違う薬が入っている」と電話があり、判明した。

○セレキノン錠１００ｍｇ３錠分３毎食後３０日分の処方せんを受け、調剤・交付したが、セレキノン錠１００ｍｇ９０錠のうち、セレスタミン配合錠が１０錠混在していた。自宅に帰った患者本人が気付き、薬局に連絡をした。この２つの医薬品の棚は上下隣り合わせで、外見もよく似ているため、棚への戻し間違いが発生していた。

○ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）をツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）と間違えた。薬剤服用歴を記載する時に気付き、直ちに患者宅へ連絡し薬を交換した。入力者は、名称が類似していたために誤入力して、調剤者は誤入力された調剤支援表に基づき調剤していた。鑑査者は医薬品本体を調剤支援表と照合し、処方せんと照合しないまま鑑査を終了していた。交付者は、薬をみて薬効の確認と説明のみに集中していた。

名称類似に関するポイント

調剤を含め、物品取り揃え時には、人間は慣れるにつれ、また急いでいる時ほど、名称をすべて読まず、「包装（箱サイズ、デザインパターン、色使い等）の印象」「名称の文字数（名称の長さ）」「名称の最初の２～３文字」を手掛かりにパターン識別により業務を進める傾向がある。

- 自局で採用している名称類似・外観類似の医薬品について把握し、ミーティングなどの機会を通じて取り違えが生じやすい旨の注意喚起・情報共有を行う。
- 医薬品名を指さし、名称を読み上げて（声出しして）調剤する。
- 類似医薬品は、医薬品棚や引き出しに配置する際に場所を離して保管する。
- 取り違えやすい医薬品のうちハイリスク薬などに対しては、医薬品棚の配置場所に類似医薬品の取り違え注意を促すラベルを貼りつけるなどの対策も有効である。
- 取り違えの頻発が懸念される名称類似や外観類似の医薬品については、製薬企業に対して改善を申し入れるなどの対策も必要な場合がある。

（8）製薬企業による注意喚起

本事業および薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の事例データベース等を活用して、製薬企業から注意喚起が行われている。本報告書で取り上げた事例のうち、「デュファストンとフェアストン」、「プリンクとプリンペラン」の取り違えについて、製薬企業から注意喚起が公表されているので紹介する。なお、「プリンク®注・注シリンジ５μｇ／１０μg」の製造販売元では、根本的な再発防止対策として一般名（アルプロスタジル注・注シリンジ）への名称変更手続きを進めていることが、当該文書に記載されている。このように、名称類似による薬剤の取り違えを防止するには、注意喚起だけではなく、薬剤の名称を変更することがより有効な対策と考えられる。

図表Ⅲ - 3 - １５　「デュファストン®錠」と「フェアストン®錠」の取り違え事例発生のお知らせ

2015 年 7 月

医療従事者の皆様

「デュファストン®錠」と「フェアストン®錠」の取り違え事例発生のお知らせ

アボット ジャパン株式会社
日本化薬株式会社

謹啓　時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

これまでに「**デュファストン®錠**（一般名：ジドロゲステロン）」（アボット ジャパン株式会社）と「**フェアストン®錠**（一般名：トレミフェンクエン酸塩）：乳癌治療剤」（日本化薬株式会社）の販売名が類似しているとの理由で、薬剤取り違えを起こした事例が２件、公益財団法人 日本医療機能評価機構のホームページに公開されております。

貴施設におかれましては、以下の事例をご参考の上、より一層のご配慮をお願い申し上げます。

謹白

【デュファストン、フェアストン取り違え事例】

詳細は下表のとおりです。

No.	施設	内　容
1	薬局	【事例の内容】（発生年月：非公開） 不妊症治療のために産科・婦人科医師が「デュファストン錠5mg」を処方したところ、薬剤部が「フェアストン錠40」を調剤した。患者が1回1錠 朝・昼と2回の計2錠を服用した。交付2日後に、患者本人が違う薬であることに気づき、薬剤部に連絡が入った。 【背景・要因】 薬剤棚の薬剤は、使用頻度別に配置されていた。デュファストンと劇薬であるフェアストンは、使用頻度の低い同一棚に2種類の他の薬剤を挟み、同一列に配置されていた。デュファストンの薬剤名ラベルは黒字で記載されていた。一方、フェアストンは劇薬のため赤字で記載され、ハイリスク薬を示す「H」の文字は付いていたが、抗癌剤を示す表示はなかった。急いでいたため同一薬剤師が処方箋監査と調剤を行い、別の薬剤師が調剤監査のみを行った。調剤時に、処方箋を見ながらピッキングを行わなかった。また、ピッキングしたその場で薬剤を薬袋に入れることがあった。調剤監査時に、薬袋に入っていた薬剤の薬剤名を確認しなかった。薬剤交付時に、患者との薬剤の確認、患者への説明・指導を行わなかった。
2	薬局	【事例の内容】（発生年月：2010 年 4 月） 患者が産婦人科の処方箋を持って来局した。「フェアストン錠 40」のところ、「デュファストン錠 5 mg」を調剤し、監査、投薬した。帰宅後、患者から電話連絡があり、間違いが発覚し、すぐに薬剤を取り換えた。 【背景・要因】 調剤、監査時に確認を怠った。類似の薬剤名、産婦人科で使用される薬剤であることによる思い込みで調剤した。

No.1　公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」
（http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action）システムより（2015 年 6 月末時点）
No.2　同 機構「薬局ヒヤリ・ハット報告事例検索」
（http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/phsearch/SearchReport.action）システムより（2015 年 6 月末時点）

【薬剤の比較】

販売名	デュファストン®錠 5 mg	フェアストン®錠 40 フェアストン®錠 60
一般名	ジドロゲステロン	トレミフェンクエン酸塩
効能効果	切迫流早産、習慣性流早産、無月経、月経周期異常（稀発月経、多発月経）、月経困難症、機能性子宮出血、黄体機能不全による不妊症、子宮内膜症	閉経後乳癌
規制区分	処方箋医薬品	劇薬、処方箋医薬品
包装	 表面　裏面 デュファストン®錠 5 mg	 表面　裏面 フェアストン®錠 40 表面　裏面 フェアストン®錠 60 フェアストン®錠 40 フェアストン®錠 60
製造販売元	アボット ジャパン株式会社 【お問い合わせ先】くすり相談室 TEL 0120-964-930 受付時間／9:00～17:30（土・日、祝祭日及び当社休日を除く）	日本化薬株式会社 【お問い合わせ先】医薬品情報センター TEL 0120-505-282 受付時間／9:00~18:00（土・日、祝祭日及び当社休日を除く）

図表Ⅲ - 3 - 16　「プリンク®注・注シリンジ５μｇ／１０μｇ」と「プリンペラン®注射液１０ｍｇ」の販売名類似による取り違え注意のお願い

医療関係者各位

「プリンク®注・注シリンジ5μg／10μg」と「プリンペラン®注射液 10mg」の販売名類似による取り違え注意のお願い

2016年9月

製造販売元：テバ製薬株式会社
製造販売元：アステラス製薬株式会社
販売元：アルフレッサ ファーマ株式会社
発売元：科研製薬株式会社

謹啓
時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。
また平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、テバ製薬株式会社が製造販売する「プリンク®注・注シリンジ5μg／10μg（アルプロスタジル）：プロスタグランジンE_1製剤」とアステラス製薬株式会社が製造販売する「プリンペラン®注射液10mg（塩酸メトクロプラミド）：消化器機能異常治療剤」で、販売名が類似していることから、本来「プリンペラン®注射液」を処方すべきところを「プリンク®注」を処方してしまった事例が2件報告されております。その原因について、1件は不明であるものの1件は処方オーダシステムにおける選択ミスによるものであることが判明しています。

このような状況から処方オーダシステムにおける薬剤の選択ミスを未然に防ぐため、これらの薬剤を処方又は調剤いただく際には、薬効及び販売名等を今一度ご確認いただくと共に、改めて院内にて周知ならびに一層のご配慮をお願い申し上げます。

なお「プリンク®注・注シリンジ5μg／10μg」の製造販売元であるテバ製薬は、根本的な再発防止対策として一般名（アルプロスタジル注・注シリンジ）への名称変更手続きを進めています。名称変更の代替新規申請を8月に規制当局へ提出済みですが、名称変更品の出荷開始までにはしばらく時間を要することになります。ご不便をおかけし大変申し訳ございませんが、名称変更品を十分に流通できるまでの間は、処方時の取り違えに十分注意いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。
今後とも引き続きご指導ご鞭撻のほど、どうかよろしくお願い申し上げます。

謹白

選択ミスが判明した実際の事例	
＜事例＞	喘気があり、脱水で入院予定の患者の点滴に制吐剤のプリンペランを処方しようとして誤ってプリンクを処方した。 間違った処方を受けた看護師は初めて使用する薬剤で疑問を持ちながらも、別の看護師に薬剤の効能を尋ね、薬剤師から払い出しを受ける時に、添付文書ももらったが、医師に確認せずに施行した。診療を引き継いだ別の医師が気づいた。薬剤による影響はないと判断した。
【背景】	「プリン」で３文字検索した医師は、上部に候補表示されたプリンク（表示は、劇　プリンク 10μg2mL（バルクス）とされた）をクリックして処方した。

出展：日本医療機能評価機構（医療事故収集等事業）
http://www.med-safe.jp/mpreport/view/AEDBC07011BAF9C38

プリンクとプリンペラン
この薬を処方または調剤いただく際にはご注意ください。

薬効分類名等	プロスタグランジンE_1製剤	プロスタグランジンE_1製剤	消化器機能異常治療剤
販売名	プリンク®注5μg／10μg	プリンク®注シリンジ 5μg／10μg	プリンペラン®注射液 10mg
成分名	アルプロスタジル	アルプロスタジル	塩酸メトクロプラミド
製品の写真	 プリンク®注5μg プリンク®注 10μg 左：テバ製薬販売 右：アルフレッサ ファーマ販売	 左：プリンク®注シリンジ 5μg 右：プリンク®注シリンジ 10μg	 プリンペラン®注射液 10mg
効能・効果	○慢性動脈閉塞症（バージャー病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善 ○下記疾患における皮膚潰瘍の改善 進行性全身性硬化症 全身性エリテマトーデス ○糖尿病における皮膚潰瘍の改善 ○振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復 ○動脈管依存性先天性心疾患における動脈管の開存 ○経上腕閉鎖動脈性門脈造影における造影能の改善	○慢性動脈閉塞症（バージャー病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善 ○下記疾患における皮膚潰瘍の改善 進行性全身性硬化症 全身性エリテマトーデス ○糖尿病における皮膚潰瘍の改善 ○振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復 ○動脈管依存性先天性心疾患における動脈管の開存	○次の場合における消化器機能異常（悪心・嘔吐・食欲不振・腹部膨満感） 胃炎、胃・十二指腸潰瘍、膵炎・胆道疾患、腎炎、尿毒症、乳幼児嘔吐、薬剤（制癌剤・抗生物質・抗結核剤・麻酔剤）投与時、胃内・気管内挿管時、放射線照射時、開腹術後 ○X線検査時のバリウムの通過促進
製造販売元	テバ製薬株式会社	テバ製薬株式会社	アステラス製薬株式会社
発売・販売元	販売元： アルフレッサ ファーマ株式会社（10μgのみ）	発売元： 科研製薬株式会社	－

※製品をご使用の際は最新の添付文書をご確認ください。

（9）まとめ

医療安全情報No. 4「薬剤の取り違え」および医療安全情報No. ６８「薬剤の取り違え（第２報）」について、医療安全情報No. ６８の集計期間後の２０１２年６月から本報告書分析対象期間（２０１６年７月～９月）に報告された事例を分析した。本稿では、事例の発生段階、当事者職種を分類し、２０１５年以降に報告された事例の内容を掲載した。また、取り違えた薬剤の組み合わせと主な薬効、薬剤の名称類似パターンを整理して示した。さらに、本財団が運営する薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例や、製薬企業による注意喚起の取り組みを紹介した。

発生段階が処方の事例では、３文字入力によるオーダリングの際に誤った薬剤を選択した事例が報告されており、改善策として処方内容の確認やシステムの工夫が挙げられていた。発生段階が調剤の事例では、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２文字以上含まれ、視覚的に名称が類似している薬剤名の組み合わせがあり、調剤時、鑑査時の確認とともに、調剤室内の薬剤の配置などに関する改善策が報告されていた。

名称類似による薬剤の取り違え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。

（１０）参考文献

１. 厚生労働省．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）．平成２０年１２月４日付医政発第１２０４００１号・薬食発第１２０４００１号．（online）available from < http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/081204-1.pdf > （last accessed 2016-9-26）.

２. アスベリン錠１０添付文書．田辺製薬販売株式会社．２０１５年４月改訂（第１２版）.

３. アスペノンカプセル１０添付文書. バイエル薬品株式会社. ２０１０年１１月改訂(第１０版).

４. アモキサンカプセル１０ｍｇ添付文書. ファイザー株式会社. ２０１０年８月改訂(第１２版).

５. アモキシシリンカプセル１２５ｍｇ「ＮＰ」添付文書．ニプロ株式会社．２０１５年１２月改訂（第４版）.

６. アレロック錠５添付文書．協和発酵キリン株式会社．２０１５年１１月改訂（第１８版）.

７. アテレック錠１０添付文書．持田製薬株式会社．２０１６年９月改訂（第１６版）.

８. ロイコボリン錠５ｍｇ添付文書．ファイザー株式会社．２０１０年１０月改訂（第１１版）.

９. ロイコン錠１０ｍｇ添付文書．大原薬品工業株式会社．２００７年１１月改訂（第６版）.

１０. プリンペラン注射液１０ｍｇ添付文書．アステラス製薬株式会社．２０１５年７月改訂（第１０版）.

１１. プリンク注１０μｇ添付文書. 武田テバファーマ株式会社. ２０１６年１０月改訂(第１１版).

１２. ガスコン錠４０ｍｇ添付文書．キッセイ薬品工業株式会社．２００７年６月改訂（第４版）.

１３. ガスロンＮ・ＯＤ錠２ｍｇ添付文書．日本新薬株式会社．２０１０年４月改訂（第３版）.

１４. スイニー錠１００ｍｇ添付文書．興和株式会社．２０１５年１２月改訂（第６版）.

１５. スーグラ錠５０ｍｇ添付文書．アステラス製薬株式会社．２０１６年６月改訂（第７版）.

１６. ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）添付文書．株式会社ツムラ．２０１１年８月改訂（第５版）.

１７. ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）添付文書．株式会社ツムラ．２０１４年１０月改訂（第８版）.

１８. デュファストン錠５ｍｇ添付文書. マイランＥＰＤ合同会社. ２０１６年７月改訂(第１０版).

１９. フェアストン錠４０添付文書．日本化薬株式会社．２０１４年８月改訂１４．献血ベニロン－Ｉ 静注用２５００ｍｇ添付文書．帝人ファーマ株式会社．２０１６年３月改訂(第２７版).

２０. 献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ添付文書. 日本製薬株式会社. ２０１６年９月改訂(第３０版).

２１. 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　平成２７年年報【1】各称類似に関する事例．２０１６年１１月８日．（online）available from <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/year_report_2015_T001.pdf>（last accessed 2016-11-8）.

２２. 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　平成２７年年報「事例から学ぶ」①名称類似に関する事例．（online）available from ＜ http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/learning_case_2015_01.pdf ＞（last accessed 2016-11-8）.