



「ノルバスク®」と「ノルバデックス®」の 販売名類似による取り違い注意のお願い

2012年3月

ファイザー株式会社

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は弊社製品につきまして格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、弊社製品「ノルバスク」（高血圧症・狭心症治療薬／持続性 Ca 拮抗薬）とアストラゼネカ株式会社製品「ノルバデックス」（抗乳癌剤）におきましては、薬剤取り違いによる医療事故事例やヒヤリ・ハット事例が報告されております。この為、弊社並びにアストラゼネカ株式会社では、薬剤取り違い注意のお願いを行って参りましたが、この度、公益財団法人日本医療機能評価機構による収集事業にて、2011年に新たな販売名類似による誤処方事例2件が報告されましたので、その概要を紹介します。

（各事例の詳細は裏面を参照下さい）

ノルバスクまたはノルバデックスのいずれか一方、または両製品を処方又は調剤頂ける各施設におかれましては、販売名類似による誤処方防止への対応について、今一度ご確認くださいませようお願い申し上げます。

新たな事例は、いずれもノルバスクを処方する際に、ノルバデックスが誤って選択・処方されたもので、当該施設では次の対策を検討されています。

1. 抗がん剤等に関してはオーダーリングシステム画面で注意喚起の為のアラートを設定する。
2. レセプトにて病名と薬品名とのチェック体制を強化する。
3. 患者様へ薬剤の説明を徹底する。また初めての処方の場合は、患者様に十分な確認を行う。
4. 未採用の医薬品であっても、いつ処方されても良いよう、間違いやすい薬品の一覧をスタッフ全員に配布する。

弊社では、販売名類似による取り違い事故防止のために、実際にあった事例を紹介したリーフレットを作成しております。ご要望の際には、弊社医薬情報担当者にご連絡頂きますようお願い申し上げます。

謹白

お問い合わせ先：ファイザー株式会社 製品情報センター 学術情報ダイヤル：0120-664-467

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル

【ノルバスク、ノルバデックス販売名類似による誤処方事例】

事例内容	背景・要因	改善策の具体例
<p>事例 1 (ID: A8297AD3BBA412347)</p> <p>当院受診され、ノルバスク 10mg の処方を希望された。海外の紹介状を担当医が読み、ノルバスク 10mg を処方するためにオーダリソング画面を開いた。「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、10 とあったノルバデックスを選択し処方した。院外薬局で3ヶ月分の処方がされ内服された。内服薬が終了し、次の処方を出してもらうため他院へ行ったところ発覚した。約2週間後に電話で問い合わせの連絡があった。</p>	<p>オーダリソングシステムの不備がある。処方を担当医が出力した後、担当医がその内容を十分に確認を行っていない。また、処方した内容について患者にわかりやすく処方内容や内服方法、副作用等の説明を行っていない。院外薬局でおかしいと思ったとのことであったが、病院側へ問い合わせていない。患者は処方された薬の説明で、ノルバデックスについての説明を受けている。(悪い細胞を増えすぎるのを抑える薬です)が、誤りに気づいていない。</p>	<p>オーダリソングシステム画面で、抗がん剤等に関してはアラートを設定するなど、注意喚起できるようにアラートの導入を検討。内服処方オーダリソング画面において、全薬品表示していたものから、抗がん剤や糖尿病治療薬等ハイリスク薬品は青表示、麻薬に関しては赤表示するようアラート機能として追加し注意喚起できるようにした。類似薬品に関しては、さらなる注意喚起を関係職員全員に行う。処方箋を出した後、患者への薬剤の説明を徹底する。(薬品名、用法、副作用等)レセプト上で病名と薬品名とのチェック体制を強化する。医師と薬剤師との連絡体制の強化を行う。</p>
<p>事例 2 (ID: 00000021114)</p> <p>病院としてはノルバスク錠 10mg を処方するつもりで、ノルバデックス錠 10mg の処方箋を発行した。当薬局に来局され、取り扱いはない薬品だったので、翌日患者に再来局していただきたい。その際、前日担当した薬剤師は不在で、異なる薬剤師(非常勤)が不足分として渡した。その後、前回アムロジピン錠 5mg が処方されていたことから不審に思い、患者宅に電話で確認すると「ホルモン関係の薬を出すなどの話はなかった。」と言われた。急いで病院に電話をしたところ、記載間違いがあったことが発覚した。体調変化はなかったが、すでに1回分服用されていたこともあり、受診していただいた。診察でも異常はなく、患者からもクレームはなかった。</p>	<p>病院側としては、処方箋発行時には2人で確認するところを、繁忙時であったため確認を忘れたようだった。薬局は、来局された際に患者に詳しく確認せずに薬品を準備した。また準備不足もあったため、他の薬剤師への情報伝達が不十分だった。さらに両薬剤師は当薬局で未採用であったため、薬品に関する知識も不足し、思い込みが生じた。</p>	<p>薬剤師間で確認する。初処方の際は患者に十分な確認を行う。採用のない薬品についても、いくつか処方されても良いように、間違えやすい薬品の一覧をスタッフ全員に配布する。</p>

※公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報等収集事業」および「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」公開データより

「医療事故情報等収集事業」：<http://www.med-safe.jp/> 「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」：<http://www.yakkyoku-hiyari.cqhc.or.jp/>