



## ノルバスク<sup>®</sup>とノルバデックス<sup>®</sup>の誤処方・取り違え注意のお願い

2012年9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。

平素は弊社製品に対し格別のご高配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）をオーダリングシステムにてご処方いただく際に、誤ってアストラゼネカ株式会社製品ノルバデックス（抗乳癌剤）を選択され、誤処方につながったとの事例が報告されております。また、このような事例は、両薬剤を採用いただいている医療機関のみならず、「ノルバデックスのみ採用されている医療機関において、ノルバスクを処方しようとして、ノルバデックスをオーダリングシステムで誤って選択・処方された事例」も報告されております。

この度、医療事故情報収集等事業 平成23年年報\*（公益財団法人日本医療機能評価機構）において、オーダリングシステムによる「薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故」に関する分析が公表されました。ノルバスクとノルバデックスの誤処方・取り違え及び改善策の事例（裏面）とともに、誤処方・取り違えに対する対策の参考として紹介させて頂きます。

\* 公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ ([http://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2011.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2011.pdf))

ノルバスクまたはノルバデックスの誤処方・取り違えを防止するためにも、ノルバスク採用の有無にかかわらず、今一度各医療機関において対策の確認及び実施をお願い申し上げます。

謹白

### 【誤投与・取り違え対策事例】

#### 1. オーダリングシステムの改良（分かりやすい表示、アラート機能の導入）

抗癌剤等のハイリスク薬の表示の見え方を他の薬剤と変え注意喚起する：

- 薬剤名の前に『癌』等を表示して注意喚起する
- 薬剤名を赤や青などの色で表示して注意喚起する
- 薬剤名の後に成分も表示して注意喚起する 等

#### 2. 処方薬の確認プロセスの徹底

- 処方内容に疑問がある場合は疑義照会を行う
- 初めての患者には、特に注意して患者へ薬剤の説明を行う 等

#### 3. ノルバスク採用に関わらず、いつ処方されても良いよう、間違えやすい薬品には注意

※この文書のミシン線部分を切り離し調剤棚に貼る等、注意喚起にご利用下さい

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®とノルバデックス®の誤処方・取り違えにご注意ください!

点線に沿い  
切り取ってご利用ください。

ノルバスク、ノルバデックス処方に際して  
先生方へのお願い事項

- ノルバスク未採用でも要注意
- オーダリングシステムに薬効分類名を表示
- 初めての患者には、特に注意して薬剤を説明

ノルバスク未採用先でも誤処方による事故が  
発生しているため、注意が必要です!!

## 内容

## 背景・要因

## 改善策の具体例

## ノルバスク採用先

## 1 ヒヤリ・ハット

医師aはノルバデックスを処方したが、薬剤師bは誤ってノルバスクを調剤し、鑑査者cも気付かず交付した。

病棟からの指摘でノルバデックスに交換した。

医師aの入力画面には薬効分類名も記載していたが、薬剤師bが調剤するための処方箋には薬剤名のみの表記となっていた。

## 2 事故事例

海外の紹介状を持つ患者dがノルバスク10mgの処方を希望し、医師eがオーダリングシステムにて「ノルバ」と入力すると、ノルバスクに統いてノルバデックスが表示され、誤ってノルバデックスを選択した。そのまま、院外薬局Aにて3カ月分の投薬が行われ、患者dは3カ月間内服した。次の処のために他院Bに行つたところ誤処方が発見された。

オーダリングシステムに不備があった。担当医eは処方箋内容の確認や患者dへの詳しい説明を行っていないかった。

院外薬局Aでは、不審に思ったものの、病院側への問い合わせをせずに投薬した。

## 3 事故事例

外来の臨時担当医師fが前の通院先Cの紹介状に基づきノルバスク5mgを処方しようとして誤ってノルバデックス20mgを処方した。

その後、主治医のgは、前の通院先Cでノルバデックス20mgが追加処方されたものと思い込み、処方を継続した。

医師fはノルバデックスをノルバスクの後品と勘違いしていた。多忙のため薬効や用量の確認をしていなかった。

医師gは、前の通院先Cの紹介状を確認しなかった。

診療報酬審査時における査定での指摘や、医事システムにおける抗がん剤に対する警告もなかった。

## ノルバスク未採用先

## 4 ヒヤリ・ハット

ノルバスクを内服していた患者hが、ノルバスク未採用施設Dに来院した際に、間違えてノルバデックスが誤処方されたが、薬剤部で発見したため、誤投薬は免れた。

このヒヤリ・ハット事例は外科医iが本来ノルバスクと入力するところをノルバデックスと誤入力してしまった事例。

薬剤部にて、患者hが男性であったためノルバデックスの処方箋に疑問を持ち、発見された。誤投薬されるることはなかった。

## 5 事故事例

高血圧(BP190mmHg台)にて救急を受診した男性患者jにノルバデックス10mgが処方された。薬剤師kより処方医lに疑義照会したが、処方医lは緊急対応で忙しく、また照会内容を聞き間違え、「それでいいです。」と回答した。薬剤師kはノルバデックス処方の確認がとれたため患者jに交付した。

後発医薬品への切り替えにより、ノルバスクよりもロジピンに切り替えられていた。オーダリング画面上で「ノルバ」と3文字検索をすると、アムロジピン5mgとノルバデックス10mgが表示され、処方医lはノルバデックスとノルバスクを勘違いした。また、疑義照会では、処方医lが「乳癌の薬」を「ディオバンの薬」と聞き違えて回答している。

## 6 事故事例

病院Eはノルバスク錠10mgを処方するつもりが誤ってノルバデックス錠10mgを処方した。薬局Fはノルバデックスを採用していないため、薬剤師mは翌日患者nに再来局を依頼した。翌日、薬剤師mとは異なる非常勤の薬剤師oによりノルバデックスが誤投薬された。その後、服薬履歴の確認により発見された。

病院Eが繁雑時であったため、処方箋の確認が不十分であった。

薬局Fではノルバスク、ノルバデックス共に未採用であり、両薬剤に対する知識が不足していた。患者nへの詳しい確認をせず、薬剤師間での情報伝達も不十分であった。

病院 処方箋にも「ノルバスク(Ca拮抗薬)」あるいは「ノルバデックス(抗乳癌剤)」のように薬効分類名を表記する。

病院 オーダリングシステムにて抗がん剤に対するアラート機能を設定する。  
病院+薬局 類似薬剤に対する注意喚起をすべてのスタッフに徹底する。

病院+薬局 患者への処方薬の説明を徹底する。  
病院+薬局 レセプト上で病名と薬剤名のチェック体制を強化する。  
病院+薬局 初めての患者に対しては、特に注意する。

病院 ノルバデックスは一般名で入力する。  
病院 オーダリングシステムにて抗がん剤に対するアラート機能設定、病名欄に適応疾患がないと処方できないなどの対応をする。

病院+薬局 患者への説明、確認を徹底する。  
病院+薬局 すべてのスタッフとの情報共有や確認体制を確立する。

病院 抗がん剤を処方する科以外ではノルバデックスを処方できないオーダリングシステムにする。

病院 オーダリングシステムにて類似薬に対するアラート機能を設定する。

病院 薬剤オーダー画面で表示される薬剤名をくぐら「ノルバデックス」とし注意喚起する。

病院 後発品採用時には、誤処方の可能性がある薬剤についてチェックし、表示の工夫など予防対策を検討する。

病院+薬局 疑義照会における口頭確認は必ず復唱し、疑問点を残さないようにする。

病院 繁雑時でも誤処方が見分けられるよう、処方箋の確認体制を強化する。

薬局 未採用の薬剤についても間違えやすい薬剤リストを作成する。

薬局 医師や薬剤師間での情報共有や確認体制を確立する。  
病院+薬局 初めての患者に対しては、特に注意する。