

「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	<p>【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。</p> <p>【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。</p>
2	薬局	<p>【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5mg」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。</p> <p>【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。</p>

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.jcqh.or.jp/phsearch/SearchReport.action>) システムより (2015年6月末時点)

