

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
1	本人が来局され調剤実施。テオドール錠100mg2錠朝夕食後の処方に対してテグレート錠100mg2錠朝夕食後と誤って一包化し、薬剤を監査する際に誤りに気付かず交付。1週間後、体調不調を訴え医療機関を受診、入院となる。入院後もお渡しした薬を持参されていたため服用継続されていたが、入院3日後に医療機関薬剤部の薬剤師がテオドールではなくテグレートが調剤されていることに気づき連絡をいただいた。判明した朝食後の服用までに10錠服用されていた。その後は服用中止しとなるが、ふらつきの症状、意識が低下あり主治医管理のもと経過観察中である。	名称の類似する薬剤の取り違いを監査時に気付かなかったこと、薬剤取出しの際に注意喚起できる対策が不十分であったことが原因と考えられる。	テグレート錠の薬品棚に蓋を設置し、取り出す際は2人で処方箋と薬剤を照らし合わせて行うこととした。ミーティングを実施し、取扱に注意を要する薬剤としてスタッフ間で情報を共有した。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テオドール錠100mg 間違えた医薬品 販売名テグレート錠100mg	テグレート錠とテオドール錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
2	調剤の際に処方薬であるテオドール100mgを、誤ってテグレート100mgをピックアップしてしまった。鑑査の薬剤師が気が付いた。	以前より2剤は名称が似ているという認識があった。注意力散漫していたと思われる。	何度もよく確認する。	確認を怠った	処方された医薬品 販売名テオドール錠100mg 間違えた医薬品 販売名テグレート錠100mg	
3	類似薬に薬剤変更。医師より患者本人に薬剤変更の説明はされていた。薬剤名が類似していた為、医師が処方オーダー時に薬品名を誤って入力。当薬局での処方鑑査時に、全く薬効の異なる類似名称の薬品に変更になっているため患者に確認したところ医師の説明と処方内容が異なることが判明。疑義照会し処方入力ミスが判明し薬剤変更。			確認を怠った コンピュータシステム 医薬品	処方された医薬品 販売名ノルバスク 変更になった医薬品 販売名ノルパデックス	ノルパデックス錠とノルバスク錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
4	内科からナルバデックス10mgが処方されていたので、患者と話をし薬歴を確認すると、当病院の乳腺外科でフェマーラ錠2.5mgが90日処方されていた。フェマーラもなくなる時期なので薬剤の変更かどうか問い合わせをした。循環器内科で抗がん剤を処方することはありえないということで前回のアムロジピンOD5mgから10mgへの変更時に、Drの入力ミスと判明。ナルバスクOD10mgで投薬した。	薬歴の確認不足	同病院他科の薬のチェックを確実にする	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ナルバデックス錠10mg 変更になった医薬品 販売名ナルバスクOD錠10mg	ナルバデックス錠とナルバスク錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
5	マイスタン錠5mgが処方されていましたが、薬歴にてんかんの記録なく患者に聞き取りをしたところ「入眠剤を希望しました。」と伺ったので、医師に確認したところ「名前が似ていて間違えた。」と返答。マイスタン錠5mg マイスリー5mgへ処方変更になりました。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg 変更になった医薬品 販売名マイスリー錠5mg	マイスタン錠とマイスリー錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
6	マイスタン錠5mg、マイスリー錠5mgが寝る前に処方。今回より寝る前にマイスタン錠5mgが追加となっていたが、てんかんの現病歴ないため疑義照会。マイスタン錠5mgは処方ミスであったことが判明し、マイスタン錠5mgは削除となった。			確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg	
7	今回より寝る前にマイスタン錠5mgが追加となっていたが、てんかんの現病歴ないため疑義照会。マイスタン錠5mgは処方ミスであったことが判明し、マイスタン錠5mgは削除となった。	マイスタン錠5mgと同じ用法にマイスリー錠5mgの処方があった。マイスリー錠5mgを処方したつもりであった。		確認を怠った	処方された医薬品 販売名マイスタン錠5mg	

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
8	当時妊娠していた30歳代の女性にリトドリンが処方されていた。しかし、この患者は妊娠16週に満たない為、リトドリンは禁忌であった。これに伴い疑義照会を行ったところ、リトドリンの服用開始を翌月中旬にすることとした。		徹底した処方監査、患者ヒアリング、疑義照会	確認を怠った	処方された医薬品 販売名リトドリン塩酸塩錠5mg「日医工」	平成22年10月8日付薬食安発1008第1号通知「産婦人科領域における医薬品の誤投与に係る医療安全対策について(メチルエルゴメリンマレイン酸塩製剤及びリトドリン塩酸塩製剤)」に基づき、製造販売業者より医療機関に対して、注意喚起等しているところである。
9	患者本人がいつも他の病院から処方されているのと同じ薬を希望し処方してもらったそうだが、お薬手帳には一硝酸イソソルビドとあったが処方箋は硝酸イソソルビドになっていた。電話で疑義照会し一硝酸イソソルビドに変更してもらった。	医療機関でお薬手帳の内容を確認した際、一硝酸イソソルビドの“一”の文字を見落とししか認識できなかったかと思われる。		その他医療機関の入力ミス	処方された医薬品 販売名硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」 変更になった医薬品 販売名一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	関連する医薬品の情報	PMDAによる調査結果
10	プロテカジン錠10mgで処方されていたが後発品へ変更調剤することになりラフチジン錠10mgを調剤すべきところをラニチジン錠150mgで誤って調剤した。監査の時点で誤りが判明し、正しいラフチジン錠10mgで患者にお渡し。		名称は似ているものの、規格が全く異なる薬剤であり調剤の際には名称だけでなく規格まで漏れなく確認すること。	確認を怠った医薬品	処方された医薬品 販売名ラフチジン錠10mg「JG」 間違えた医薬品 販売名ラニチジン錠150mg「サワイ」	ラニチジン錠とラフチジン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。