

GE0240006 ノルバスクとノルバデックスとを取り違え、高血圧症の患者にノルバデックスを投与した事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事実の確認</li> <li>・背景・要因の確認</li> <li>・改善策について 等</li> </ul>
主な対応者	医療安全推進部部长、事務局長、病棟師長、医薬品安全管理責任者（薬剤師）、薬剤師、安全管理室室長（医師）、医療安全管理室課長（看護師）、整形外科医師、管理課事務部長

【報告された実施した医療行為の目的】

関節リウマチ、高血圧の既往あり、これらの疾患に対し他院で内服加療されていた。右足関節脱臼骨折にて入院。当院にて入院中も同薬剤の内服継続目的に処方した。

【報告された事故の内容】

他院にて関節リウマチ、高血圧の加療をされていた。高血圧に対して降圧剤であるノルバスクを内服されていた。入院時に当院で処方する際に、本来ならノルバスクが処方されなければならないところをノルバデックスと間違えてオーダーしてしまった。当院で初回に間違えて処方された後も、継続して入院中も誤って処方した。転院の際に紹介状にそのまま誤って記載されたため、転院先でも誤ってノルバデックスが内服された。2回目の転院先で病名と内服薬が合わない事に先方で気づき、間違いが分かった。

【事故の背景要因の概要】

報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
<p>ノルバスクとノルバデックスは三文字が一致するため間違いやすい薬剤として病院側は認識しており、ノルバスクを採用せずにアムロジンを採用して間違えないようにしていた。よって、当院でコンピューターでのオーダーの際に「ノルバ」で検索するとノルバデックスのみが検索される。初回入力した医師は、三文字入力して画面に現れたノルバデックスをノルバスクと勘違いしてそのまま処方してしまった。その後、病名と薬剤が合わない事に看護師は気づきかけたが、周りに特に相談せずそのまま配薬してしまった。また、多くの医師、看護師は最後まで誤っている事に気付かず最終的には2度目の転院先の医師より、疑問を呈示され始めて誤って処方してしまったことが分かった。</p>	<p>○患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者は女性で、関連病院Xで骨折し、夜間、緊急入院した。リウマチと高血圧の既往があり、ノルバスクを含めた数種類の薬剤を内服していた患者は1泊入院後、関連病院Xに戻る予定だった。</li> <li>・入院後、ノルバデックスを含む数種類の薬剤が処方されたが、自己管理が出来る患者ではなく、家族も今までと薬剤が違うことに気付かなかった。</li> <li>・6日後、患者と家族は、看護師から渡されたこの医療機関で処方された残薬を持って、関連病院Xへ戻った。</li> <li>・関連病院Xで保存的療法後（約1ヶ月）、さらに施設Yへ転院した。その後、家族より「母は乳がんのかと施設Yの医師から聞かれた」とこの医療機関に問い合わせがあり、処方を確認したところ間違えてノルバデックスを処方していたことに気付いた。</li> </ul> <p>○関連病院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・搬送前の医療機関は、この医療機関の関連病院であり、医師同士は知り合いであることから電話でやり取りを行っていた。急遽、搬送されることになった経緯があり、診療情報提供書は発行されなかった。</li> <li>・この医療機関から関連病院Xに戻った際、この医療機関が誤った処方をしていないと思い、関連病院Xではノルバデックスが処方されていることに気付かなかった。</li> </ul>

Ⅲ

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 2 【3】
- 2 【4】
- 2 【5】
- 2 【6】
- 2 【7】
- 2 【8】
- 2 【9】
- 2 【10】
- 2 【11】
- 2 【12】
- 3 【1】
- 3 【2】
- 3 【3】
- 3 【4】
- 3 【5】
- 3 【6】
- 3 【7】
- 3 【8】
- 3 【9】
- 3 【10】
- 3 【11】

○医師

- ・医師は入院時に家族のメモをもとに処方指示を出したが（医師の記憶が曖昧）、初期の処方入力と照らし合わせるためのメモなどは残していなかった。
- ・処方した医師は整形外科医であり、ノルバスクは高血圧の薬だと認識していたが、ノルバデックスについての知識はなかった。この医療機関のシステムでは、処方の画面から簡単に「医薬品情報」を表示することが出来るが、医師は確認していなかった。
- ・この医療機関に採用されている降圧剤はアムロジンであったが、患者がノルバスクを内服していたので、医師は処方を出す際に「ノルバ」を入力したところ、ノルバデックスが表示された。医師は表示されたノルバデックスをノルバスクと思い込んでいた。
- ・医師は、表示された「ノルバデックス」の文字が青色になっていたが、青色の意味を知らなかった。この医療機関では、ハイリスク薬などを、「抗がん剤→青、劇薬→紫、毒薬→オレンジ、麻薬→赤、糖尿病薬→（糖）が薬剤名の後につく」に色などで種別分けをしていた。

○看護師

- ・この病棟の看護師の中には、患者にノルバデックスが処方されていることを疑問に思った看護師Aがいた。しかし、『今日の治療薬』でノルバデックスを検索したところ「抗悪性腫瘍薬、免疫抑制薬」のページに載っており、ノルバデックスは「ホルモン（抗エストロゲン薬）」に分類されていた。そのため、患者の既往にあるリウマチに対し「免疫抑制剤」「ホルモン剤」としてノルバデックスが処方されていると判断し、誰にも相談しなかった。
- ・6日後、関連病院に戻る際に、残薬（1日分）手渡した。看護師Bは家族に薬について説明したが、ノルバデックスを指して「リウマチの薬です」と説明した。患者には他に9種類の薬剤が処方されており、家族との確認作業は十分に行われなかった。患者は、ノルバデックスをいつものリウマチに関するホルモン剤であると認識していた。
- ・この病棟では、看護師のノルバデックスに対する認識についてアンケートを行った。ノルバデックスについて知識があったかという設問に対し、知識があったのは25名中4名であった。4名は、医療機関内で閲覧されたニュースレターなどの情報により知識を得ていた。また、25名中5名が前記の看護師A、Bのようにノルバデックスを「ホルモン・免疫抑制剤」と思っていた。

○薬剤師

- ・事例が発生した当時は、患者が入院した病棟はセキュリティが高く個人情報の取り扱いに特に厳しい病棟で

1	【1】
1	【2】
1	【3】
1	【4】
1	【5】
1	【6】
2	【1】
2	【2】
2	【3】
2	【4】
2	【5】
2	【6】
2	【7】
2	【8】
2	【9】
2	【10】
2	【11】
3	【1】
3	【2】
3	【3】
3	【4】
3	【5】
3	【6】
3	【7】
3	【8】
3	【9】
3	【10】
3	【11】

Ⅲ

1 【1】  
 1 【2】  
 1 【3】  
 1 【4】  
 1 【5】  
 1 【6】  
 2 【1】  
 2 【2】  
 2 【3】  
 2 【4】  
 2 【5】  
 2 【6】  
 2 【7】  
 2 【8】  
 2 【9】  
 2 【10】  
 2 【11】  
 2 【12】  
 3 【1】  
 3 【2】  
 3 【3】  
 3 【4】  
 3 【5】  
 3 【6】  
 3 【7】  
 3 【8】  
 3 【9】  
 3 【10】  
 3 【11】

あったため、薬剤師の持参薬の鑑別等の介入についても、医師の指示が出ないと介入できない状況であった。

- この医療機関では、全病棟に各1名の専任病棟薬剤師を配属し、持参薬の鑑別など病棟薬剤業務を行っている。
- 病棟薬剤師は、患者の持参薬について院内での採用薬（2,300品目）、院内不採用薬（約18,000品目）を鑑別し、薬剤管理指導報告書で電子カルテに第一報を流している。さらに、鑑別の終わった持参薬と鑑別報告書を病棟に配送している（依頼があってから1時間以内）。鑑別報告書には、薬効情報のほかに、院内不採用薬については同じ成分の院内採用の同効薬を記載している。
- 事例発生時は、入院患者の60%は、持参薬の鑑別を行っているが、事例が発生した当時は、夜間や休日の緊急入院患者の持参薬の鑑別は行っていなかった。
- 薬剤管理指導業務を行っている入院患者の割合は全体の80%であり、残り20%の患者は、会話が出来ないなど意思疎通の図れない患者や、セキュリティが高く個人情報の取り扱いの厳しい病棟に入院している患者である。
- 薬剤師は、調剤時に処方歴による鑑査は行っているが、疾患名の確認は行っていなかった。

○システム

- 医療機関のシステムは、3文字以上の入力も可能であるが、医師の業務の簡便化のため3文字で検索が可能なシステムにしている。
- 薬剤のマスタは、院内処方薬と院外処方薬とに分かれ、院内処方用マスタは院内採用薬のみ、院外処方用マスタは院内際用薬と医師が希望した薬剤で構成され、全国版全医薬品マスタではない。
- システム上でも不採用薬を掲示するなどの改善も検討したが、院内だけで行っても別の医療機関に異動すると同じことが起きると考え実行していない。医療機関は関連病院がいくつかあるが、関連病院内でも統一したシステムに出来ていない。関連病院で、同じくノルバスクとノスバデックスの処方間違いがあったが、ノルバデックスをノルバスクの後発医薬品だと思って処方した背景があった。これではシステム内で採用、不採用を表示しても防護する壁にはならず、3文字が同一の薬剤が存在していることの周知の方が重要である。また、医療機関の中だけの対策ではなく、日本の医療機関で統一されたシステム上の対策を取るべきではないかと考えている。そのため、システム上の対策は検討中の段階である。

○医療機関

- 16年前、降圧剤のアムロジンとノルバスクの採用を

	<p>検討した当時は、ノルバスクとノルバデックスが似ている薬剤名という認識はなく、院内処方ではアムロジンを採用することに決まった。その後、ノルバスクとノルバデックスの取り違いについてこの医療機関は認識していたが、ノルバスクを院内処方に採用していないため薬剤マスタの見直し等を行わなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院内では医療安全の対策を取っており、平成20年に他院で起こったサクシン、サクシゾンの処方間違いの医療事故を鑑み、院内採用の筋弛緩薬の種類や3文字検索で名称が類似する薬剤の周知などを行ってきた。また、全職員に配布している『医療安全ポケットマニュアル』にオーダー時に注意する薬剤として、「ノルバスク (Ca拮抗剤) ⇔ノルバデックス (抗悪性腫瘍薬)」と記載している。</li> <li>この医療機関では、職員向けに医療安全に関するセイフティレクチャーを毎年行っているが、3文字が同一の医薬品などは、手洗いなどのように必須研修の項目にはなっていない。平成21年に間違えやすい医薬品について研修を行ったことがあるが、3年前であり、聞いたことがある職員とそうでない職員がいる。</li> <li>この医療機関は約1,000床あり、1日の予定入院は60~70名、緊急入院は20~30名である。</li> </ul> <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者に処方されたノルバデックスについては、DPCで該当薬剤に対する会計処理が発生せず、医事課による確認や診療報酬の審査で指摘されることはなかった。</li> <li>個人情報保護法により、以前に比較するとFAXなど簡便な方法で患者の情報を得ることがしにくくなった。診療情報提供書がない場合、どのように「正確な情報」を得たり、渡したりするか課題がある。</li> </ul>
<b>【改善策】</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>初めての患者の内服薬を処方する際はより慎重に行う。</li> <li>処方薬に疑問を抱いた場合は、速やかに周りに相談する。 (以下の2項目に対してオーダー画面上可能であれば行う。)</li> <li>適応となる病名が無い場合それに対する処方が行えないようにオーダー画面の改善を検討する</li> <li>名前が類似する薬剤に対する注意をオーダー画面上で処方の際に提示する事等、オーダー画面の改善を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例発生後、ニュースレターで院内採用の頭3文字が同一の医薬品例やオーダーリング時の薬剤の種類別について周知を行った。</li> <li>全病棟に担当病棟薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を開始した。夜間に緊急入院した患者は翌日の薬剤師、休日に緊急入院した患者は日直の薬剤師が対応し、基本的には全病棟の持参薬の鑑別を行っている。</li> <li>看護師が疑問に思った点について、医師に確認していないことについては、看護部管理会などで伝達し、各病棟の看護師に周知した。</li> <li>初めて処方する際の家族のメモなど、仮にメモ書きなどであったとしても、処方した内容と比較できる情報は保存し、薬剤師と情報を共有し、処方内容の確認ができるようにしておくことを周知した。また、知識の薄い薬剤の処方をする際は、薬効などを調べてから処</li> </ul>

1【1】  
1【2】  
1【3】  
1【4】  
1【5】  
**1【6】**  
2【1】  
2【2】  
2【3】  
2【4】  
2【5】  
2【6】  
2【7】  
2【8】  
2【9】  
2【10】  
2【11】  
2【12】  
3【1】  
3【2】  
3【3】  
3【4】  
3【5】  
3【6】  
3【7】  
3【8】  
3【9】  
3【10】  
3【11】

方することを研修医の時代から教育していくことが大事であると考えている。

訪問での主な意見等

- ・ 医師が処方したい薬剤が院内不採用薬剤であり院内マスタに登録していない場合、電子オーダー画面だけではなくにも情報が出てこないシステムが多い。さらに、汎用されているシステムは薬品名のローマ字入力で行うことが多く、名称類似薬剤などのオーダーミスは後を絶たない。
- ・ 薬剤処方に関する電子オーダーに関しては、早期の根本的な解決が望まれる。素案のイメージとして日本全国同じ医薬品マスタにし、どの医療機関でも同じ医薬品マスタを見て処方ができるようになるのが望ましい。日本で使用できる薬剤が全て表示され、例えば院内採用薬は黒字で表示され処方ができ、不採用薬はグレー表示されるが処方できないようになっていないと良い。
- ・ 医薬品マスタは、薬剤名だけでなく、疾患名や最低限の薬効（添付文書の標榜薬効）の記載や表示システムが義務付けられ一目でどのような薬剤かわかる工夫があると良い。
- ・ 医師の専門性が高くなっていること、患者が複数の診療科にかかることを考えると、患者に使用している薬剤について、処方していない診療科の医師でも処方の継続等の判断が出来るよう、持参薬を含めた適切な医薬品情報の提供が必要である。
- ・ 個人情報の取り扱いの厳しい病棟に入院していた事例ということであるが、安全な医療を提供する上で、個人の情報が必要な場合があることを患者に説明し、個人の情報を使うことへの理解を患者本人から得て、医療を行っていく姿勢が必要である。どの病棟に入院していても、安全な医療が提供できる方法を検討してはいかかか。
- ・ 以前の紙カルテであれば、メモを貼り付けたり、口頭で言ったことを記載しておいたりすることが出来た。今回のように処方オーダーでの間違いがあったが、それを確認する情報が電子カルテ上にない場合、エラーが発生したことに気づかない場合も多いことが想定される。口頭指示なども含めて、電子診療記録への記載のルールが徹底されていなかったことも一因ではないか。（電子カルテになってから、診療点数を計算することが目的の記録になっているのではないか。）
- ・ 起こった事例を本事業に報告して頂くことで、報告書や医療安全情報で取り上げ、全国の医療機関に発信できる。公開データ検索に掲載されている事例については、企業も活用しており、本事業の事例を元に医薬品の名称が変更になった事例もある。報告いただくことが大事である。
- ・ 類似名称の薬剤があった場合、処方オーダーでの間違いが起こりやすいので、その対策の一環として、類似名称薬剤の片方について院内採用を取りやめるといった安全対策が、各医療機関でとられていることが想定される。安全対策は、事故防止に一定の効果があるかもしれないが、そのことがかえって重大な事故を引き起こす要因ともなりうる。報告内容では院内での採用薬剤を中止するという事故対策をとったがために、事故を引き起こしたともとれる内容の記載があったが、この医療機関においては、元来ノルバスクは採用されていなかった。このように、報告内容から推察される事例概要と事実が異なることもあり、訪問調査の重要性が再認識された。

1 【1】  
 1 【2】  
 1 【3】  
 1 【4】  
 1 【5】  
 1 【6】  
 2 【1】  
 2 【2】  
 2 【3】  
 2 【4】  
 2 【5】  
 2 【6】  
 2 【7】  
 2 【8】  
 2 【9】  
 2 【10】  
 2 【11】  
 2 【12】  
 3 【1】  
 3 【2】  
 3 【3】  
 3 【4】  
 3 【5】  
 3 【6】  
 3 【7】  
 3 【8】  
 3 【9】  
 3 【10】  
 3 【11】