



医療安全通信 第34号-1

【薬局部医療安全委員会】

医療安全推進のため、Pharma Bridgeを通じて、医療安全上の周知すべき情報やタイムリーな話題を随時発信いたします。業務手順書の書換えや日常業務にお役立てください。

「テオドール」と「テグレートール」の 販売名類似による取り違えについて

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の「共有すべき事例」2017年3月分には『テオドール錠とテグレートール錠を取り違えた』事例が掲載されています。
http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing_case_2017_03.pdf

◆ 事例の内容

テオドール錠100mg 2錠朝夕食後の処方を受け、一包化調剤した後、患者に交付した。1週間後、患者は体調不良となり医療機関を受診したところ入院となった。患者は入院後も持参した薬剤を継続して服用した。入院して3日後に、医療機関の薬剤部の薬剤師が**テオドール錠100mgではなくテグレートール錠100mgが調剤されている**ことに気付き、薬局に連絡した。その時点でテグレートール錠100mgを10錠服用していた。その後、服用は中止されたが、ふらつきや意識の低下があるため主治医の管理のもと経過観察中である。

◆ 背景・要因

鑑査時に、名称が類似する薬剤の取り違いに気付かなかったこと、薬品棚から薬剤を取出す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る。

◆ 薬局が考えた改善策

テグレートール錠100mg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、取扱い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。

◆ 事例のポイント

- 名称が類似した医薬品の取り違えのうち薬効が異なる医薬品を調剤し患者が服用した場合、患者の健康に影響を及ぼす可能性が大きいと考えられるため、特に注意が必要となる。
- 3月に報告された名称が類似する医薬品の事例のうち、調剤時の取り違えや医師による処方入力間違いなどの事例で薬効が異なる医薬品の組み合わせは、プロタノールとプロスター、ノルバスクとノルバデックス、マイスリーとマイスタン、カルデナリンとカルデミンも報告されている。
- 医薬品名の頭2文字か3文字が同じか、中間や末尾のイメージ（韻）が似ている場合に間違いが多く、特に頭文字が同じ場合は、薬品棚の配置が近くなることもリスクとなる。
- 特に医薬品を一包化した場合は、患者や家族は間違いに気付くにくいので、調剤にはより細心の注意が必要であり、一包化調剤並びにその鑑査方法の手順を明確にし、決めた手順を遵守することが求められる。
- 過去の事例を確認し、名称が類似する医薬品の組み合わせをリストアップし、その上で、医薬品棚等に注意喚起する掲示を行うことが望ましい。

【原文のまま抜粋】

医療安全通信第33号では、「ノルバデックス」と「ノルバスク」の販売名類似による取り違えについてお知らせしましたが、「テオドール」と「テグレートール」の取り違えも、繰り返し報告されている事例です。

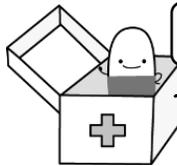
医薬品の名称の類似性には、頭文字の複数的一致の他、音韻的な類似性、視覚的な類似性も指摘されています。例えば、「アレロック錠5」と「アテレック錠5」、「テグレートール錠100mg」と「テオドール錠100mg」などは頭文字2文字以上の一致はありませんが、音韻的に類似しています。また、規格が同じであり、規格に気を取られて、名称の確認がおろそかになってしまった事例も報告されています。

次頁に、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された「テオドール」と「テグレートール」の取り違えの事例を記載しました。**薬局内で共有して、「薬剤取り違え注意」および「薬剤選択ミスによる誤投薬防止」の啓発と周知をしましょう。**

《参考資料》 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成27年年報

旭川薬剤師会公式サイトに医療安全通信のバックナンバー、掲載資料や参考資料も掲載しています。





医療安全通信 第34号-2

【薬局部医療安全委員会】

医療安全推進のため、Pharma Bridgeを通じて、医療安全上の周知すべき情報やタイムリーな話題を随時発信いたします。業務手順書の書換えや日常業務にお役立てください。

表はHPよりダウンロードできます

「テオドール」と「テグレート」の取り違えの事例

(薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 公表データより作成)

事例の内容	背景・要因	改善策
薬剤の取り違え事例		
テグレート錠100mgをテオドール錠100mgで調剤した。	テオドールを投薬した後で、思い込みでピッキングしてしまった。	テグレートを声出ししながらテオドールを取ってしまったので、指さし確認と最終鑑査でシートを見て声出しをする。
処方箋の見間違えをした。 処方された医薬品: テオドール錠100mg 間違えた医薬品: テグレート錠100mg		
テオドール錠200mgを調剤するところ、テグレート錠200mgで調剤した。	規格の間違いをしないようにすることばかりに注意が向いていたため、名称の確認を怠った。	一字ずつ処方せんと照らし合わせ、確認作業をする。
施設からの処方せんに応需し、忙しう調剤していた時にテグレート錠200mgとテオドール錠100mgを取り間違えてしまった。外観が類似し、名称も似ているため、そのまま一包化調剤をしてしまい、鑑査時に間違いに気付いた。患者には交付される前だったため、事なきを得た。		ルーチンワークにおける慣れが原因のため、再度、じっくり作業するように見直す。
最初に処方せんを見た時は「テグレート錠100mg」と認識していたが、同じ100mgで頭文字が同じである「テオドール錠100mg」を取って調剤した。		確認不足であったため、今後は注意する。
当該薬を数種類の薬と併せて一包化調剤し、患者家族に渡した。12日後、老人介護施設のスタッフから「今日から入所のため、服用中の薬を確認していたところ、医療機関から聞いている薬と異なるものが入っているのでも確認して欲しい。」と連絡があった。錠剤を確認したところ、テオドール錠100mgではなくテグレート錠100mgが入っていたことが分かった。早急に必要な日数分を作り直し、交換した。	テオドール錠100mgを調剤したと思い込んだ。昼の休憩時間でスタッフが少い上に鑑査業務が重なっていたため、気持ちに焦りがあった。鑑査者はばらしたシートの確認が不十分であった。思い込みで鑑査を行った。	シートをピッキングするスタッフと分包するスタッフは出来る限り、別のスタッフが行く。出来ない場合はピッキングしたシートを分包前に必ず別のスタッフに確認してもらう。薬の配置場所をテオドール錠100mgは引き出しに入れ、テグレート錠100mgは棚へ入れたことで、調剤時の動作を別にし、一呼吸おくようにした。それぞれの薬に名称類似品の注意シールを貼り、更に棚のテグレートには「テオドールと注意」と記載したシールを貼った。鑑査者は処方箋、薬歴、ばらしたシート、分包した錠剤の刻印を照らし合わせ、声に出して確認する。薬歴に確認のチェックをつける。スタッフ全員と話し合い、再度調剤の流れを確認した。
テオドール錠100mg、ムコダイン錠250mgを調剤するところ、販売名が類似するテグレート錠100mg、ムコスタ錠100mgと間違えて調剤した。服用前に患者が間違いに気づき、薬を持って来局した。		処方箋を読み上げて確認する。
テオドール錠100mgの処方のところ、誤ってテグレート錠100mgを調剤した。	精神科の薬が多く処方されていた中にテオドール錠100mgが処方されていた。向精神薬等がある棚から確認不十分のまま思い込みで調剤してしまった。	
テグレート錠100mgを調剤すべきところ、テオドール錠100mgを調剤してしまった。投薬時に別のスタッフが間違いに気づいた。	処方箋をしっかりと確認していなかった。	処方薬と調剤した薬の間違いを見落とさないように、1種類ずつ確実に確認する。
テオドール錠100mgで調剤するところ、誤ってテグレート錠100mgで調剤した。	処方内容を正しく確認せず、目の前にあったテグレート錠100mgをピッキングした。	
テグレート錠100mgで処方のところ、頻度の高いテオドール錠100mgで調剤した。一包化調剤のピッキングだったため、そのまま調剤していたら、大きな過誤につながる可能性があった。	頻度の高い薬を調剤してしまうという、よくある例であった。規格も同じ100mgというのも要因の一つとなった。	一包化調剤の場合、出来るだけピッキングするスタッフと調剤するスタッフは別々のスタッフが行く。
テグレート錠100mgの処方に対して、テオドール錠100mgを集め、そのまま鑑査、投薬してしまった。投薬後にすぐに気がつき、回収して正しい薬を渡した。		
テグレート錠をテオドールで調剤	眠気に襲われていた	今後気を引き締める
テオドール錠100mgの処方だったのだが、テグレート錠と思い込んでだしてしまった。一応確認のチェックもされていたので油断した。患者さんが1か月後に受診されて家族の方が今回のお薬と前回のお薬がちがっているのに気がついて指摘された。この前のは包装変更かと思っていたとのことだった。幸い手持ち分のお薬がまだあって、テグレート錠は飲んでいなかったとのことだった。		思い込みはやめて、何回も確認する。処方せんで、薬袋で、薬歴でチェックをする。
トランサミン錠(250)6錠、アスベリン(10)3T、テオドール(100)1Tの処方のお薬の患者さんの投薬時、顔面神経痛の話が患者さんから出されたが、処方の有無があいまいだったため、患者さんの同意のもと投薬を終えたが、その後の疑義照会によって、テオドールがテグレートに変更になり、患者宅へ薬の交換に向出した。	テオドールが、患者さんの症状に合っている薬との認識、医師から顔面神経痛の薬を出すことが明言されてなかったこと、テオドールとテグレートは、名前が似ているため、間違えやすい薬の組み合わせだという先入観、危機感がうすかったらうと思われることが原因と考えられる	疑問に感じたら、他のスタッフの意見も聞き、即時対応するのがよいと思われる
テオドール(100)を調剤するところ、テグレート(100)を調剤してしまった。他のスタッフに指摘され気づいた。		
処方せんにテグレート100mgで記載されているところ、誤ってテオドール100mgをピッキングしてしまった。鑑査時に薬剤師が気付くピッキングの修正を求めた。	名称が類似しており規格が100mgで同じである為、ピッキング者が思い込みでテオドール100mgを調製してしまった。	名称が類似している医薬品が複数存在する為、調剤・鑑査時の商品名・剤形・規格の三点の確認を徹底する。
テオドール(100)、メブチミン錠が処方。テオドール(100)ではなくテグレート(100)を調剤。	テオドール(100)のラックの近くがテグレート(100)でラックを引き出す時に誤ってテグレートを引き出した。本人はテオドールと思い込んで取りそろえた。無意識に規格だけチェックして終了。	規格だけでなく、薬名も「テオドール」と区切り、声だし鉛筆チェックする。

疑義照会により薬剤選択ミスに気づいた事例

当該処方箋において、テオドール錠100mgが処方されていた。新規の患者であり、患者との会話の中で処方薬はテグレート錠100mgの間違いであると判断したため、疑義照会を行ったところ、テグレート錠100mgへ変更となった。	類似した名称であったため、入力ミスをしたと思われる。	
喘息の患者様で、今までプレドニン錠5mg、ユニフィルA200mg、ムコソルバンLカプセル45mgを7日分処方されていた。その後テグレート錠が処方され、病歴に神経痛、てんかん等もなく喘息患者様なので、テオドール錠200mgの入力間違いと思われるため、疑義照会したところ、テオドール錠200mgへ処方変更となる。		