

2 分析テーマ

【1】持参薬の処方・指示の誤りに関する事例

患者が入院した際、医療機関内または他医療機関において既に処方されている薬剤の継続・変更・中止の判断が必要になる。そのためには、患者の現病歴や状況、処方内容を正しく把握する必要がある。患者が持参する薬剤（以下、持参薬）は、残数が揃っていないなかったり、内服している薬剤を持参していなかったり、中止になった薬剤が含まれていたりすることがあり、必ずしも入院の時点で患者が内服している薬剤ではない場合がある。そこで、薬剤師や看護師が持参薬の内容を把握したうえで、持参薬鑑別書として医師に報告し、その情報を基に医師が処方・指示を行っていることが多い。

本事業には、持参薬の把握が不足していた事例や、持参薬の処方・指示を間違えた事例など、持参薬に関連する医療事故情報が報告されている。これまでに、第22回報告書（2010年10月公表）で「持参薬の同系統代替薬を処方した際の医療事故」、第30回報告書（2014年9月公表）で「患者持参薬が院内不採用であることに気付かず、薬剤の頭3文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例」、第46回報告書（2016年9月公表）で「持参薬と院内で処方した薬剤の重複投与に関連した事例」を取り上げ、分析を行った。また、医療安全情報No.39「持参薬の不十分な確認」（2010年2月）や、医療安全情報No.78「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」（2013年5月）を提供している。

今回、「持参薬の処方・指示の誤りに関する事例」をテーマとしてヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して分析を行うこととした。そこで、2019年7月～12月に「持参薬を院内処方に切り替える際や、持参薬を使用し続ける際の処方・指示を間違えたが、患者へ誤った投与をする前に気付いた事例」を今期のテーマとして収集した。2015年1月～2019年12月に報告された持参薬の処方・指示の誤りに関する医療事故情報と、今期のテーマとして収集したヒヤリ・ハット事例について、2回の報告書において分析することとした。第60回報告書では、事例を概観するとともに発生段階が「持参薬の鑑別」の事例を取り上げて分析を行った。本報告書では、発生段階が「処方・指示」の事例を取り上げて分析を行った。

（1）医療事故情報の分析

1）報告状況

2015年1月～2019年12月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「持参薬」を含む事例と、事故の概要が「薬剤」でキーワードに「持参薬 入院」を全て含む事例を検索した。そのうち、入院時、持参薬から院内処方へ切り替える際の処方や、持参薬を使用し続ける際に指示を誤った事例を対象とした。なお、持参薬の処方・指示は正しかったが、薬剤師が調剤を誤った事例、看護師が指示受けや投与を誤った事例、入院前に中止すべき薬剤が中止できていなかったことが入院時に分かった事例は除外した。対象とする事例は46件であった。

2) 発生段階

誤りが発生した段階を整理したところ、処方・指示をする際に誤った事例は40件と多かった。持参薬の鑑別を誤った事例については、第60回報告書で分析し、主な事例を紹介している。

図表Ⅲ－2－1 発生段階（再掲：第60回報告書）

発生段階	件数
持参薬の鑑別	6
処方・指示	40
合計	46

3) 処方・指示に関する事例

本報告書では、発生段階が「処方・指示」の事例40件を取り上げて分析を行った。

①関連診療科

関連診療科を示す。

図表Ⅲ－2－2 関連診療科

関連診療科	件数	関連診療科	件数
心臓血管内科・循環器内科	9	眼科	1
整形外科	8	口腔外科	1
呼吸器内科	4	血液膠原病内科	1
心臓血管外科・循環器外科	4	リウマチ科	1
外科	3	小児科	1
脳神経外科	3	乳腺・内分泌外科	1
内科	3	産婦人科	1
精神科	3	救急部	1
消化器科	2	化学療法部	1
血液内科	2		

※関連診療科は複数回答が可能である。

②持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況

発生段階が「処方・指示」の事例について、持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況について記載があった事例を整理して示す。持参薬鑑別書が作成済みであった事例は16件であった。そのうち、医師が持参薬鑑別書を見た事例は11件であり、持参薬鑑別書を見なかった事例は5件であった。

図表Ⅲ－２－３ 持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況

持参薬鑑別書の作成状況	医師の確認状況	件数	主な背景
作成済み	見た	11	<ul style="list-style-type: none"> ・「術前注意」「休薬必要」などの記載を見落とした ・処方時に院内採用薬の選択を間違えた ・処方時に薬剤の規格を間違えた ・散剤から水剤に変更する際に処方量を誤った
	見なかった	5	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は持参薬鑑別書を活用していなかった ・紙の持参薬鑑別書がスキャンされ電子カルテに取り込んであったが、医師はどこに保存されているか知らなかった
未作成		5	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急入院で持参薬鑑別書が作成されておらず、処方時に院内採用薬の選択を誤った

③事例の分類

発生段階が「処方・指示」の事例を分類した。処方・指示間違いの事例が25件、処方・指示漏れの事例が15件であった。

図表Ⅲ－２－４ 事例の分類

事例の分類	件数
処方・指示間違い	25
処方・指示漏れ	15
合計	40

④処方・指示間違いの事例

処方・指示間違いの事例は、持参薬を院内採用薬に切り替える際に発生した事例であった。そこで、処方・指示間違いの分類を示す。処方時に薬剤量を間違えた事例が17件と多く、次いで薬剤を間違えた事例が5件であった。その他は、別の患者に処方した事例や、現在投与していない薬剤を処方した事例であった。

図表Ⅲ－２－５ 処方・指示間違いの分類

処方・指示間違いの分類	件数
薬剤量間違い	17
薬剤間違い	5
その他	3
合計	25

i) 事例の詳細

「薬剤量間違い」と「薬剤間違い」の事例について、院内採用薬の状況と事例の詳細を示す。「薬剤量間違い」では、持参薬と同じ規格の薬剤が採用されていた事例が11件と多く、そのうち処方時に用量を間違えた事例が5件であった。持参薬と規格または剤形が違う薬剤が採用されていた事例6件は、用量を間違えた事例であった。また、「薬剤間違い」の事例5件は全て持参薬とは別の成分の名称類似薬を処方した事例であった。

図表Ⅲ－２－６ 事例の詳細

分類	院内採用薬の状況	事例の詳細	件数	
薬剤量 間違い	持参薬と同じ規格の薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた	用量間違い	5	17
		規格間違い	3	
		単位間違い	1	
		用法間違い	1	
		製剤量と成分量の間違い	1	
	持参薬と規格または剤形が違う薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた	用量間違い	6	
薬剤 間違い	不明	名称類似薬の処方	5	
合計			22	

ii) 誤った処方・指示と患者への影響

主な事例の誤った処方・指示と患者への影響を整理して示す。

図表Ⅲ－２－７ 誤った処方・指示と患者への影響

事例の詳細	持参薬	院内の処方・指示	誤った投与	患者への影響
薬剤量間違い				
持参薬と同じ規格の薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた				
用量 間違い	炭酸リチウム錠 1日600mg 分2	炭酸リチウム錠 1日1200mg 分2	過量 投与	リチウム濃度 が中毒域で 緊急透析
	フロセミド錠40mg 1錠	フロセミド錠40mg 4錠		腎機能障害
	ノボラピッドフレックスタッチ 朝4単位、昼2単位、夜6単位	ノボラピッドフレックスタッチ 朝6単位、昼8単位、夜6単位		低血糖
規格 間違い	オキシコンチン錠5mg 4錠	オキシコンチン錠20mg 4錠	過量 投与	記載なし
	メインテート錠0.625mg 1錠分1	ビソプロロールフマル塩酸錠5mg 1錠分1		徐脈
	プレドニン錠5mg 1.5錠	プレドニン錠1mg 1.5錠	過少 投与	発熱
単位 間違い	リスペリドン細粒1% 5mg	リスペリドン細粒1% 5g	過量 投与	記載なし
用法 間違い	メトトレキサート錠 1日2回 朝1錠夕1錠 週1回	メトトレキサート錠 1日2回 朝1錠夕1錠（曜日指定なし）	連日 投与	肝機能悪化、 白血球減少
持参薬と規格または剤形が違う薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた				
用量 間違い	プロプレス錠2mg 1錠	プロプレス錠4mg 1錠	過量 投与	低血圧
	リーマス錠100mg 2錠	リーマス錠200mg 2錠		記載なし
	クエチアピン錠25mg 3錠分3	セロクエル100mg錠 3錠分3		薬剤性の傾眠 による無呼吸、 低血圧
	シベノール錠 50mg 4錠分2	シベンゾリンコハク酸塩錠 100mg 4錠分2		記載なし
	ホリゾン1%散 0.2g/日	セルシンシロップ0.1% 20mL/日		記載なし
薬剤間違い ^{注1)}				
名称 類似薬 の処方	アレロック錠5 1錠 (抗ヒスタミン薬)	アテロック錠10 0.5錠 (Ca拮抗薬)	別の 成分の 薬剤を 投与	記載なし
	エクセラーゼ配合錠 (消化酵素薬)	ゾニサミド錠100mg ^{注2)} (抗てんかん薬)		影響なし
	ビーマス配合錠 2錠 (浸潤性下剤)	リーマス錠200 2錠 (躁状態治療薬)		リチウム中毒
	ロコルナール錠 300mg (冠血管拡張薬)	ローコール錠 300mg (HMG-C o A還元酵素阻害薬)		記載なし

※ 屋号を除く。また、処方量が不明な事例もある。

注1 () 内に薬効分類を示した。薬効分類は、治療薬ハンドブックを参考にした。

注2 ゾニサミド錠は、エクセグラン錠の後発医薬品である。

iii) 事例の内容

主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－２－８ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
薬剂量間違い			
持参薬と同じ規格の薬剤が採用されていた：用量間違い			
	<p>医師は、他院の診療情報提供書に「炭酸リチウム600mg 2×」と記載されていたのを、600mgの2倍と解釈し、1200mg/日を処方した。患者に10日間投与後、血中濃度検査でリチウム濃度3.3mg/Lと中毒域であることを確認した。その後、緊急透析を行うことになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師は、電子カルテに薬剤師から持参薬報告の記載があったが、参照しなかった。 持参薬報告を入力した薬剤師は、院内処方の誤りに気付かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬報告や処方提案があった場合には、内容を確認するよう各種会議等で医師に周知する。 医師が記録に気付きやすいような記載の仕方などを、システムを管理する部署と検討する予定である。
1	<p>専門分析班の議論</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書の「2×」の記載は誤解を生みやすいため、「1日600mg 1日2回朝夕食後」のように一回量と回数を表記する方法で記載すべきであろう。診療情報提供書の処方内容の記載方法が統一されることが望まれる。 医師は、持参薬から切り替えて処方する際には必ず持参薬鑑別書を確認することを徹底すべきである。 委員の所属する医療機関では、薬剤師の初回面談や持参薬のカルテの記載方法を院内で統一しており、一目で確認しやすくしている。医師は薬剤師がカルテに記載した内容を見ることは当然であるが、薬剤師も医師が見やすいように書くことも一つの対策であろう。 持参薬から院内処方に切り替えた際は、薬剤師が処方内容の確認ができるとよい。 炭酸リチウムは、血中濃度モニタリングが推奨されるため、血中濃度をチェックすることで早期に発見できる可能性がある。 		

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
持参薬とは規格が違う薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた：用量間違い			
2	<p>他院からクエチアピン25mg錠3錠分3の処方されていた患者は、乳がんの加療目的で当院に入院となった。入院当日、薬剤師は持参薬を鑑別した。当院ではクエチアピン25mgは採用しておらず、代替薬を「成分量違い・剤形一致」としてセロクエル100mg錠の0.25錠に相当すると持参薬鑑別書に入力した。医師は持参薬から院内採用の代替薬に切り替える際、セロクエル100mg錠を3錠分3で処方した。翌日、薬剤部からセロクエル100mg錠が払い出され、看護師は処方通りに配薬した。患者はセロクエル100mg錠を朝・昼食後に服用したところ、傾眠となった。夕方、看護師が持参薬鑑別書の記載を見て、4倍量の処方に気付いた。患者に麻痺ではなく、CTでも頭蓋内病変はなかった。夜間、薬剤性傾眠のため無呼吸や酸素化の低下、低血圧となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当院では、薬剤師が患者から持参薬を預かり、持参薬鑑別書を病院情報管理システムに登録する。その後、医師は持参薬オーダー画面より個々の薬剤について継続・中止の指示を入力する。 ・持参薬鑑別書には、「持参薬：クエチアピン錠25mg「サンド」抗精神病薬、代替薬：【成分量違い・剤形一致】セロクエル100mg錠 クエチアピン錠25mgの1錠はセロクエル100mg錠の0.25錠に相当します」と記載されていた。 ・当院では持参薬を院内処方へ切り替える場合、代替薬があるものは選択して指示することができ、医師が院内処方時に代替薬を選択すると処方オーダー画面に展開される仕組みとなっている。その際、薬剤の規格の確認が不足した。 ・医師が院内処方した際、添付文書に記載された上限以上の用量であった場合のみ、薬剤師が持参薬鑑別書の内容と確認している。 ・患者は傾眠傾向であったが、治療のためロラゼパムも服用しており、セロクエルが過量投与されていることに気付きにくかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の数が多くても、ひとつひとつ規格を確認して院内処方に切り替える。 ・電子カルテの操作時、連続でEnterを押すとリスト上部の規格のものが勝手に選択されてしまうことがあるため、確認が必要である。 ・持参薬から院内処方へ切り替える際は、持参薬鑑別書と処方内容を照らし合わせ、変更の有無を確認し患者へ投与する。 ・薬剤が院内処方され、薬剤部から払い出された後、病棟看護師が開始日や内容を確認する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬鑑別書には代替薬の規格が違うことが記載されているにもかかわらず、医師が処方時に確認できていないことは残念である。 ・代替薬を選択すると処方オーダー画面に展開される仕組みは非常に便利であるが、そのために医師がシステムを過信し、薬剤師が作成した持参薬鑑別書をよく見ずに処方することが誘発された事例であろう。 ・代替薬を選択すると処方オーダー画面に展開される仕組みが、院内採用薬に合わせた用量で展開できる（この場合セロクエル100mg錠 0.25錠）とよいが、現状ではなかなか難しい。 ・セロクエル錠の処方量は、添付文書上の上限の範疇ではあるが、精神科ではない患者への処方量としては多いと思われるため、薬剤師が調剤時に履歴を確認するなどの行動がとれば誤りに気付いた可能性がある。しかし、向精神薬は、患者の状態によって投与量の幅が広いと、患者の状態を知らないとその量が適切かどうかわかりにくく、薬剤師は疑義照会をしにくい可能性もある。 ・傾眠となった患者の状態から、看護師が持参薬鑑別書を確認する行動がとれ、4倍量で処方されていることに気付くことができたのはよかった。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
薬剤間違い			
名称類似薬の処方			
3	<p>救急科に緊急入院した患者に対し、医師が前医より継続中の持参薬を処方する際、「ビーマス配合錠 2錠 1日2回朝、夕」（緩下剤）が含まれていたが、院内未採用であったため、薬剤部に電話で照会した。薬剤師は、リーマス錠（躁病治療剤／院内未採用）と誤って認識し、院内採用薬である炭酸リチウム錠が代替薬であると伝えた。医師はこの情報を基に炭酸リチウム錠を処方し、内服開始となった。緊急入院から3日後、患者は病棟に転科となった。病棟担当医は救急科から処方されていた薬剤を継続する際にD○処方し、処方されている薬剤の内容を確認しなかったため、炭酸リチウム錠が含まれていることに気付かなかった。その後、症状が軽快したため退院となったが、患者は退院時に処方された炭酸リチウム錠を継続して服用した。退院2日後、意識レベルの低下を認め、再度緊急入院となった。意識障害の原因が特定できないため神経内科にコンサルトしたところ、躁病の既往がないのに炭酸リチウム錠が処方されており、リチウム中毒の可能性を指摘された。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予定入院の患者の持参薬は病棟薬剤師が確認しているが、今回は救急科への緊急入院であったため、薬剤師は持参薬の確認を行っていなかった。 ・ 持参薬を院内処方した医師は、救急科の後期研修医で、患者の持参薬は前医の診療情報提供書で把握した。 ・ 医師はビーマス配合錠が緩下剤であることは知っていた。 ・ 薬剤師にビーマス配合錠の代替となる院内採用薬を尋ねた際、「ビーマス」のみ伝え、「ビーマス配合錠」と伝えなかった。 ・ 医師は、薬剤師から院内採用薬として回答のあった炭酸リチウム錠の薬効を知らないまま処方した。リーマス錠と回答があれば躁病治療剤だと分かったが、院内では採用されていなかった。 ・ 抗癌剤や麻薬などの院内で決められた薬剤については、研修医には処方制限があったが、今回処方した薬剤は処方制限のない薬剤であり、上級医による処方の確認はなかった。 ・ 薬剤に関する問合せは薬剤部のD I室に連絡して確認することになっていたが、医師は、夕方の勤務交代などで忙しい時間帯に調剤室にビーマス配合錠の院内採用薬を問合せた。 ・ 薬剤師は、医師が処方した炭酸リチウム錠に疑義が生じず、薬剤を払い出した。 ・ 当院では、処方と連動して血中濃度のモニタリングが必要な薬剤についてアラート等が表示される仕組みはなく、入院中、炭酸リチウムの血中濃度を測ることはなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師はやむを得ず口頭で照会する場合は、薬剤名を正確に伝達できるよう一般名などは名称の最後まで呼称する、または識別コードや薬効などを伝える。 ・ 主科に係らない疾患に対する薬剤を処方する際は十分に注意する。 ・ 研修医には、効能などが分からない薬剤を処方せず、調べたり聞いたりしてから処方することを伝えた。 ・ 救急科医師からの希望があれば、緊急入院した患者の持参薬を薬剤師がチェックすることにした。 ・ リスクマネージャー会議で、警鐘事例として報告し各部署への周知徹底を依頼した。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 電話での照会は、聞き間違いの可能性が高くなるため、カルテを見ながら確認できればよい。しかし、今回の事例はカルテを見るほどの質問ではないため、聞き間違いや勘違いの可能性を認識したうえで、医師も薬剤師も互いに、正確な薬剤名を伝えることや薬効など複数の情報で確認することを心掛けてほしい。 ・ 炭酸リチウム錠は、精神科以外で新規に処方することは少ないので、処方できる診療科の制限がかけられるとよいだろう。 ・ 知らない薬剤の場合は、医師は処方前、看護師は投与前に、必ず添付文書等を確認する習慣を持つことは重要である。 ・ 緊急入院の場合、薬剤師による持参薬の確認がリアルタイムに出来ないことは仕方ないが、病棟薬剤師がいるのであれば、血中濃度のモニタリングが推奨される薬剤であることを伝えるなど、薬剤師より何らかのアラートを出す仕組みがあるとよかった。 ・ 持参薬から院内処方に切り替えた場合には、調剤時に薬剤師が持参薬と処方内容をチェックする体制があるとよい。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
4	<p>入院時、担当医は持参薬のエクセラゼ配合錠を院内処方に切り替える際、電子カルテに「エクセ」と3文字を入力して検索した。その際、当院採用薬にエクセラゼ配合錠はなく、エクセグラン錠（抗てんかん薬）の後発医薬品であるゾニサミド錠のみが候補薬として表示されたため、処方した。担当医はゾニサミド錠が抗てんかん薬であることは知っていたが、エクセラゼ配合錠が消化酵素剤であることを知らず抗てんかん薬と思い込み、ゾニサミド錠の処方を疑問に思わなかった。緩和ケア病棟への転棟時に、緩和医療科医師が患者にてんかんの既往がないことに気が付き、内服を中止した。患者は、ゾニサミド錠を25日間内服していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医は、エクセラゼ配合錠の薬剤情報（D I）を調べず、消化酵素剤であることを知らなかった。 ・担当医が処方する際、電子カルテで「エクセ」と入力したところ、エクセグラン錠（抗てんかん薬）の後発医薬品であるゾニサミド錠が候補として表示された。用法・用量が同じであったため、ゾニサミド錠がエクセラゼ配合錠の同効薬だと思い込み、処方した。 ・当院では、平日の予定入院患者を対象に入院持参薬コーナーで持参薬の鑑別を行っている。入院持参薬コーナーでは薬剤師による面談後、持参薬鑑別報告書が発行され、その後、持参薬鑑別報告書と持参薬は病棟に搬送される。 ・入院持参薬コーナーの対象外の患者の持参薬の鑑別は、入院先の病棟看護師が対応している。 ・当該患者は緊急入院であり、入院持参薬コーナーの対象ではないため、持参薬鑑別報告書は発行されず、病棟看護師が持参薬を鑑別し、病棟薬剤師は鑑別を担当していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本事例を院内に周知し、医師は処方時に知らない薬があれば、薬剤情報（D I）を確認することを徹底する。 ・薬剤検索システム（3文字検索）の検索方法について検討を行い、4文字検索を導入する方向で準備中である。
<p>専門分析班の議論</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ・3文字検索での薬剤間違いの事例は比較的多く報告されている印象があり、注意が必要である。 ・3文字検索で薬剤を検索すると同効薬以外の薬剤も候補の薬剤として表示されるシステムであり、間違いが起こる要因となっている。改善策に4文字検索の導入が記載されているが、4文字検索はある程度有効であるものの完全ではない。検索時の薬剤の表示方法を「（抗てんかん薬）ゾニサミド」のように、薬剤名に薬効を追加して表示するシステムなど、施設の状況に合わせて有効な対策を検討できるとよい。 ・No.3の事例と同様に、医師は、知らない薬剤を処方する前に、必ず添付文書等で確認する習慣を持つことは重要である。また、抗てんかん薬等の特殊な薬剤は、病名が入力されていないと処方できないような仕組みがあるとよい。 ・患者は緊急入院であったため、病棟の看護師が持参薬を確認しているが、適切な代替薬を提案するのは難しい。病棟薬剤師がいるのであれば、緊急入院などで入院持参薬コーナーでの薬剤師による確認の対象外となった患者の場合は、入院後に病棟薬剤師が持参薬を鑑別するようなシステムがあるとよいのではないかと。 			

iv) 医療機関から報告された背景・要因

処方・指示間違いの事例について、医師が処方・指示を誤った背景・要因を示す。

図表Ⅲ－２－９ 処方・指示間違いの事例の背景・要因

薬剂量間違い
○用量間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬鑑別書に「規格注意」と記載されていたが、医師は持参薬鑑別書を見ておらず、用量を変更しなかった。 ・レジデントは上級医から処方を任された際、自分で何とかしなければならぬと思ったが、元々換算に苦手意識があった。ホリゾン1%散から院内採用薬のセルシンシロップ0.1%へ切り替える際に2回計算したが、2回とも同じ答えになったため大丈夫だと思った。
○規格間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・処方する際、医師は薬剤の規格を確認しなかった。(複数報告あり) ・診療情報提供書の内容を確認して、プレドニン錠5mgを処方する際、「プレドニ」の4文字で検索し、検索画面の上位にあったプレドニン錠1mgを誤って選択した。
○単位間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、散剤や液剤を処方する際に、「mg」と「g」の間違いに注意する意識があり慎重に入力したつもりであったが、単位が違うことに気付かなかった。
○用法間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・消化器内科の主治医は、メトトレキサート錠の薬効を理解しておらず、週1回の入力をしなかった。
○製剂量と成分量の間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・ピレチア細粒10% 0.15gは製剂量であったが、医師は院内処方の際に成分量と考え150mgで処方した。
薬剤間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・医師はビーマス配合錠が緩下剤であることは知っていたが、薬剤師が誤って代替薬として回答した炭酸リチウム錠(リーマス錠の後発医薬品)の薬効を知らないまま処方した。リーマス錠と聞いていれば躁病治療剤だと分かったが、院内では採用されていなかった。 ・担当医は、持参薬のエクセラゼ錠が消化酵素配合剤であることを知らず、薬剤情報(DI)を調べなかった。 ・担当医は、電子カルテでエクセラゼ配合錠を処方する際、「エクセ」と入力したところ、エクセグラン錠(抗てんかん薬)の後発医薬品であるゾニサミド錠が候補として表示されたため、用法・用量が同じであったこともあり、ゾニサミド錠はエクセラゼ錠の同効薬だと思い込み、処方した。 ・オーダリングシステムでは、3文字検索をすると同効薬以外にも候補の薬剤として表示されるが、医師は、表示された薬剤が同効薬だと思い込んだ。

v) 医療機関から報告された改善策

処方・指示間違いの事例について、医療機関から報告された主な改善策を事例の分類ごとに示す。

図表Ⅲ－２－１０ 処方・指示間違いの事例の改善策

薬剂量間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方時は、必ず用量を確認し、処方薬と持参薬鑑別書を照らし合わせて確認する。 ・ 処方薬の数が多くても、ひとつひとつ規格を確認して処方する。 ・ 入力した内容と持参薬の処方内容を照合する。 ・ 持参薬を院内採用薬に切り替える際は、薬剤名や用量を慎重に確認する。 ・ 継続処方する場合も安易にコピー機能を使用せず、処方内容を診療情報提供書などの情報と照らし合わせて投与量を確認する。 ・ 持参薬指示書が紙運用のため、院内処方と同じように電子カルテに表示されるようにし、医師が持参薬の処方を正しく入力し、内服薬が経過表に反映されるようにするなど、持参薬についても電子カルテで対応できるようにシステムを見直す。
薬剤間違い
<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬効が分からない薬剤は、調べたり聞いたりしてから処方する。 ・ 医師は処方時に知らない薬があれば、薬剤情報(D I)を確認することを徹底する。

⑤処方・指示漏れの事例

処方・指示漏れの事例の分類を示す。投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れが11件、持参薬の中止指示の漏れが4件であった。

図表Ⅲ－２－１１ 処方・指示漏れの分類

処方・指示漏れの分類	件数
投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ	11
持参薬の中止指示の漏れ	4
合計	15

i) 処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響

主な事例について、処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響を整理して示す。内服している薬剤の処方・指示が漏れたことで薬物療法を継続できなかった場合、患者へ与える影響は大きい。また、持参薬の中止の指示が漏れたことにより、予定していた手術や検査が延期となった事例があった。

図表Ⅲ－２－１２ 処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響

処方・指示が漏れた薬剤名*	患者への影響	
投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ		
フロセミド錠	無投与	大量の胸水貯留 心不全の増悪
ウテメリン錠 5 mg		予定より早く自然破水し、 緊急帝王切開術を実施
オプスミット錠 10 mg		呼吸状態の悪化
コートリル錠 10 mg		副腎不全の増悪
タケルダ配合錠 エフィエント錠 3.75 mg		ステント内血栓症の発症
チラーヂンS錠 トリクロルメチアジド錠		心不全、肺水腫
抗てんかん薬 ^{注)}		けいれん発作
持参薬の中止指示の漏れ		
クロピドグレル錠	継続投与	手術の延期
プラビックス錠		
タケルダ配合錠		検査の延期

* 屋号を除く。また、規格が不明な事例もある。

注) 薬剤名は不明である。

ii) 事例の内容

主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－２－１３ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ			
1	患者は、COPDの悪化で緊急入院した。当直医は、主治医が決定してから持参薬を続行するか確認するように、看護師に指示した。入院時の当直医の記録には利尿剤の記載はなかった。翌日、主治医が決定したが持参薬に関する指示はなかった。また、薬剤部の鑑別書には利尿剤が記載されていたが、主治医は持参薬に利尿剤が含まれていることに気付かず、指示していなかった。2日後の眠前より呼吸苦が出現し、心不全の増悪と診断され、フロセミド注を投与した。その後は利尿良好となり心不全も改善傾向となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・休日（日曜日）の入院で主治医がおらず内服確認ができなかった。 ・入院時に担当した医師が服薬中止を伝えていたため、確認が遅れた。 ・患者は、お薬手帳を2つ持参していたが、1つだけと思い込んでしまった。 ・休日のため病棟薬剤師が関わらなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の確認不足が原因であり、特に休日は薬剤師の確認がないことを踏まえて確認する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・患者は複数のお薬手帳を持っていることもあり、お薬手帳の情報だけでは不完全になることがある。当該医療機関で治療をしていたのであれば、外来の処方内容を見るなど、別の情報で確認することが必要であろう。 ・薬剤師が持参薬の鑑別を行うようになり、医師や看護師の負担が減ったが、薬剤師がいない時間帯の場合、慣れていない医師や看護師が鑑別を行うと、間違いが起きやすい可能性がある。 ・休日の入院の場合は、通常より情報の共有不足が起きやすいと考えられる。少なくとも週明けの月曜日に、薬剤師が持参薬を確認できれば、処方漏れに早く気付いた可能性がある。 ・持参薬を継続するか否かについては、当直医から主治医へなど直接医師同士が申し送りを行う体制や、情報共有のツール（サマリーを記載するなど）が必要である。 			
持参薬の中止指示の漏れ			
2	患者は腹部大動脈瘤に対し手術目的で入院した。前医よりクロピドグレル錠は中止し、ヘパリン持続点滴となっていた。薬剤師が持参薬を入力後、医師は持参薬の承認を行ったが、クロピドグレル錠の中止指示を入力していなかった。翌日より3日間クロピドグレル錠が投与され、手術が延期となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の持参薬承認時の確認が不足していた。 ・医師・看護師は、薬剤師の記録（持参薬確認報告）を確認していなかった。 ・看護師は周術期の使用に注意を要する薬剤であることに気付いたが、指示通りに投与した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、薬剤師が入力した持参薬の内容を確認して指示する。 ・医師、看護師は持参薬連絡カード、薬剤師の持参薬確認報告を確認する（医療安全管理マニュアルの持参薬確認システムの運用方法の流れ）。 ・医療安全管理ニュースに掲載する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・外来経由の患者であれば、外来や入院センターなどで手術前に中止する薬剤があることに事前に気付けた可能性がある。患者は前医で点滴が挿入されヘパリンが投与されており、内服薬のチェックがかからなかった可能性がある。診療情報提供書などで情報を得る、または情報提供がない場合は問い合わせるなど、患者の情報を正しく把握する必要がある。 ・手術目的での入院であれば、医師と看護師は周術期中に中止する薬剤がないか、持参薬鑑別書をもとに確認する必要がある。また、薬剤師は周術期中に中止する薬剤が中止されていないことを指摘する役割がある。 ・看護師は疑問があれば医師に伝える必要があり、円滑に確認するためには日頃のコミュニケーションが大切であろう。また、手術時に中止する薬剤であることに気付いた看護師が、その気付きを医療チームに発信することが、患者の安全にとって重要であることを教育しておくことよい。 ・委員の所属する医療機関では、手術目的で入院した場合は、医師や看護師がわかりやすいように、薬剤師が持参薬を入力する際に、コメントに手術前に休薬が必要なことなどを記載している。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	<p>患者は、呼吸器内科を受診した際に肺癌が疑われ、15日後に入院し、入院翌日に気管支鏡を施行する予定であった。問診票には「抗血小板剤内服あり」に○印があったが、外来主治医は気付かず確認しなかった。入院時、薬剤師は持参薬鑑別書を作成し、タケルダ配合錠の備考欄に「アスピリン、7日間休薬が必要」と記載した。病棟担当の研修医は、持参薬鑑別書の備考欄を見落とし、持参薬鑑別書をもとに内服指示簿を作成した。研修医は、タケルダ配合錠を胃薬だと思っていた。当日15時の検査前、検査室の看護師が最終確認を行ったところ、抗血小板剤を飲んでいることを聞き、検査は中止となった。本来であれば、外来受診時に薬剤中止およびヘパリン置換のため1週間程度の入院の予定を組むべきだった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者はタケルダ配合錠（有効成分：アスピリン／ランソプラゾール）や降圧剤など4剤を内服していた。全て他院で処方されたものであった。 患者の病歴を把握しておらず、タケルダ配合錠が処方されていた理由は不明である。 抗血小板剤を内服している患者に気管支鏡で生検を行う場合、1週間前に入院し、抗血小板剤を中止してヘパリン製剤に置換する必要がある。今回は、抗血小板剤を内服していることに気付かなかったため、検査の前日に入院となった。 外来の問診票には、「抗血小板剤内服あり」「血液をサラサラにする薬を飲んでいいる」という項目があり、患者はチェックを付けていた。 外来担当医は、診察時に患者が記載した問診票を見たが、「抗血小板剤内服あり」、「血液をサラサラにする薬を飲んでいいる」にチェックがあるのを見落とし、患者に確認しなかった。 通常であれば、患者が内服している薬剤を外来担当医が把握し、その後、外来の看護師がチェックして、患者に休薬等の説明をすることになっていたが、今回はいずれも行われなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 外来主治医が問診票を確認するとともに、口頭でも患者に確認する。 研修医の薬剤の知識を高める。 持参薬鑑別書を備考欄まで確認してから内服指示簿を作成する。 問診する薬剤師は中止を要する薬剤の内服歴を見つけたら、実際にいつまで内服していたか、現在も内服しているのか確認する。 持参薬鑑別書を電子化した。 病棟で抗凝固剤・抗血小板剤の休薬一覧表を活用する。
	<ul style="list-style-type: none"> 入院後、病棟薬剤師は患者から持参薬を預かり、持参薬鑑別書（紙）を作成した。その際、入院前にタケルダ配合錠を飲んでいいたか否かを確認しなかった。 薬剤師は、患者が抗凝固剤や抗血小板剤を内服している場合、医師に口頭で情報提供していた。しかし、今回は医師には伝えず、看護師に「抗血小板剤を飲んでいいる」と伝えた。看護師は医師と情報を共有しなかった。 タケルダ配合錠は院内採用されていいなかった。 病棟担当の研修医は、タケルダ配合錠が抗血小板剤であることを知らず、持参薬鑑別書の記載を見落とし持参薬の継続指示を出した。 持参薬鑑別書を作成した病棟薬剤師は、医師の内服指示を確認していなかった。 患者に関わった病棟看護師は、タケルダ配合錠が抗血小板剤であることを知らなかった。 薬剤師は、薬剤のカラー写真付きの「抗凝固剤・抗血小板剤の一覧表」を作成し、外来や病棟に配布していた。その中には、タケルダ配合錠も記載されていた。しかし、一覧表の共有の仕方は、各外来・各病棟にらせており、患者が入院した病棟では、一覧表の共有ができておらず活用されていいなかった。 		
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 7日間休薬する薬剤は、入院時に持参薬の鑑別を行って内服していることを発見しても予定通りに検査ができないため、外来を受診した際に休薬する薬剤がないか確認する必要がある。外来での看護師の説明が抜けたことは要因の一つであるが、外来受診時の薬剤師の介入や入退院センターなど患者が内服している薬剤を把握する仕組みがあれば防げた可能性がある。 患者が記載した問診票の情報を見落とししたり、薬剤師の記載した持参薬鑑別書の情報を見落したり、薬剤師が看護師へ伝えた「抗血小板剤を飲んでいいる」との情報が共有されなかったりしているため、医療チームの中の情報共有の在り方を見直す必要があるだろう。 「タケルダ配合錠」は、この事例以外にも薬効を間違えた事例が報告されている。同じように薬効がわかりにくい薬として、「コンブラビン配合錠」（プラビックスとアスピリンの配合剤）もある。配合剤の処方・指示は注意が必要である。 「抗凝固剤・抗血小板剤の一覧表」が活用されていないのは残念である。活用されていない原因を調査し、現場が活用しやすい内容や運用について検討する必要がある。 			

iii) 医療機関から報告された背景・要因

ア) 処方・指示が漏れた背景

処方・指示が漏れた背景を整理して示す。投与を継続する持参薬の処方・指示漏れの事例の背景は、「持参薬に関する情報を見落とした」、「持参薬鑑別書の作成を待たずに処方した」が複数報告されていた。また、持参薬の中止指示が漏れた事例では、持参薬鑑別書に「術前注意」「休薬必要」などの注意事項が記載されていたが、確認が不足していた。

処方・指示漏れの事例は、患者の持参薬を把握できていなかったことにより発生している。患者が入院した際は、既往歴や現病歴を把握し、現在内服している処方内容の情報を収集することは重要である。

図表Ⅲ－２－１４ 処方・指示が漏れた背景

背景	件数	
投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ		
持参薬に関する情報を見落とした	4	11
持参薬鑑別書の作成を待たずに処方した	2	
その他	5	
持参薬の中止指示の漏れ		
持参薬鑑別書に記載された注意事項を見落した	3	4
その他	1	

イ) 背景・要因の詳細

処方・指示が漏れた背景・要因の詳細を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１５ 処方・指示が漏れた背景・要因の詳細

投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ	
○持参薬に関する情報を見落としした	<ul style="list-style-type: none"> ・前医からの診療情報提供書の内服薬一覧には抗てんかん薬の記載があったが、症候性てんかんの既往があることが記載されておらず、抗てんかん薬を内服していたことに気が付かなかった。 ・主治医は、紹介状の治療経過欄に「アジソン病の治療中」と記載はあったが、既往歴の欄にアジソン病の記載がなかったため見落とし、副腎皮質ステロイドを処方しなかった。 ・患者はお薬手帳を2冊持っていたが、医師は1冊だけ参照して処方した。 ・持参されていない内服薬は持参薬入力できないため、薬剤師はカルテに持参していない薬剤があることを記載していたが、医師は記載を見落とし持参薬として入力のあった薬剤のみ継続した。
○持参薬鑑別書の作成を待たずに処方した	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師は持参薬の鑑別を行っていたが、医師は持参薬鑑別書を待たずに処方したため、処方漏れがあることに気が付かなかった。 ・入院時に持参薬を院内処方に切り替える際に、医師は持参薬鑑別書を待たずに約2ヶ月前の心臓カテーテル検査入院時の院内処方をコピー&ペーストしたため、退院後の外来で開始になった抗血小板剤が含まれていなかった。
○その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は持参薬の残数を把握しておらず、看護師から薬剤がなくなると言われたものから院内処方に切り替えていた。 ・医師は、持参薬から切り替えて院内処方を行う際、「持参薬から切り替え」のコメントにチェックを入れると、処方された薬剤名や規格などを薬剤師が持参薬鑑別書と照合して確認するが、チェックを入れ忘れた。 ・主治医は手術中で薬剤師が作成した持参薬入力の承認ができず、他の医師が承認したため、持参していない薬剤があることに気が付かなかった。
持参薬の中止指示の漏れ	
○持参薬鑑別書に記載された注意事項を見落としした	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、持参薬鑑別書に記載された薬剤の内容だけ見て「術前注意」「休薬必要」などの記載を見落としした。(複数報告あり)
○その他	<ul style="list-style-type: none"> ・タケルダ配合錠は院内採用しておらず、研修医は、タケルダ配合錠が抗血小板剤であることを知らなかった。

iv) 医療機関から報告された改善策

処方・指示漏れの事例について、医療機関から報告された主な改善策を示す。

図表Ⅲ－２－１６ 処方・指示漏れの事例の改善策

投与を継続する持参薬の処方・指示の漏れ
○ 病歴や薬歴の把握
<ul style="list-style-type: none"> ・当院に入院歴がある場合は、医師サマリーを確認する。 ・紹介患者の内服薬および既往歴について、丁寧に把握する。 ・思い込みはせず、患者からも情報を得る。
○ 持参薬鑑別書の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬鑑別書の報告を待ってから処方する。 ・持参薬鑑別書は医師と看護師で確認し、医師は服薬の継続・中止・変更の指示を行う。
○ 多職種連携
<ul style="list-style-type: none"> ・医師は病棟薬剤師と連携する。 ・多職種で持参薬のチェックを行える仕組みを作る。 ・ハイリスク薬は、持参薬鑑別書に色付け（マーキング）し、多職種で服薬の中止・継続の確認を確実にできるようにする。
○ その他
<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、看護師から持参薬の切り替えの依頼があってから処方するのではなく、持参薬がなくなる前に処方する。 ・クリニカルパスの見直しを行い、スタッフ用クリニカルパスの入院2日目、入院3日目に「抗血小板剤を内服しているか確認」「内服自己管理判断シート記入」の項目を追記した。
持参薬の中止指示の漏れ
○ 持参薬鑑別書の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬鑑別書を備考欄まで確認してから処方・指示を行う。（複数報告あり）
○ 薬剤師の関わり
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が術前に中止する薬剤を持参した場合は、薬剤師は持参薬鑑別書に記載し、医師は内容を確認して指示をする。 ・薬剤師は新規入院患者の入院目的を把握した上で、できる限り迅速に服薬指導を行う。
○ その他
<ul style="list-style-type: none"> ・研修医は薬剤の知識を高める。 ・抗凝固剤・抗血小板剤の休薬一覧表を活用する。

(2) ヒヤリ・ハット事例の分析

1) 報告状況

2019年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の中から、キーワードに「持参薬」を含む事例のうち、入院時、持参薬を院内処方に切り替える際や持参薬を使用し続ける際の処方・指示を間違えたが、患者へ投与する前に気付いた事例を対象とした。対象とする事例は33件であった。

2) 発生段階

誤りが発生した段階を整理したところ、処方・指示する際に誤った事例は25件であった。持参薬の鑑別の事例8件については、第60回報告書で紹介した。

図表Ⅲ－2－17 発生段階（再掲：第60回報告書）

発生段階	件数
持参薬の鑑別	8
処方・指示	25
合計	33

3) 処方・指示に関する事例

本報告書では、発生段階が「処方・指示」の事例25件を取り上げて分析を行った。

①持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況

発生段階が「処方・指示」の事例について、持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況について記載があった事例を整理した。持参薬鑑別書が作成済みの事例は13件であったが、ヒヤリ・ハット事例は薬剤師が発見者となった報告が多く、医師の確認状況が不明の事例が多かった。持参薬鑑別書が作成されていない2件は、医師の処方後に持参薬鑑別書の依頼があった事例や、夜間の緊急入院で持参薬鑑別書が作成できなかった事例であった。

図表Ⅲ－2－18 持参薬鑑別書の作成状況と医師の確認状況

持参薬鑑別書の作成状況	医師の確認状況	件数	主な背景
作成済み	見た	4	<ul style="list-style-type: none"> ・処方時に院内採用薬の選択を間違えた ・処方時に薬剤の規格を間違えた ・持参薬鑑別書と処方オーダーリングシステムが連動しておらず、見比べながら処方する際に間違えた
	見ていない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は後発医薬品を服用していたが、持参薬鑑別書を見なかったため、他院からのサマリに記載されていた先発医薬品で指示した
	不明	8	記載なし
未作成		2	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急入院で持参薬鑑別書が作成されておらず、処方時に院内採用薬の選択を誤った

②事例の分類

発生段階が「処方・指示」の事例を分類した。処方・指示間違いの事例が24件と多かった。処方・指示漏れの事例1件は、患者は緊急入院で絶食指示であったが薬剤の内服は継続することになった際、糖尿病薬を中止する指示が漏れた事例であった。

図表Ⅲ－2－19 事例の分類

事例の分類	件数
処方・指示間違い	24
処方・指示漏れ	1
合計	25

③処方・指示間違いの事例

処方・指示間違いの分類を示す。薬剤量間違いの事例が14件と多かった。薬剤間違いの事例は6件であった。

図表Ⅲ－2－20 処方・指示間違いの分類

処方・指示間違いの分類	件数
薬剤量間違い	14
薬剤間違い	6
その他	4
合計	24

i) 事例の詳細

「薬剂量間違い」と「薬剤間違い」の事例の詳細を示す。「薬剂量間違い」では、持参薬と同じ規格の薬剤（後発医薬品含む）が採用されていた事例が11件と多く、用量を間違えた事例、重複処方した事例、規格を間違えた事例がそれぞれ3件あった。持参薬と規格が違う薬剤が採用されており、用量を間違えた事例も3件報告されていた。「薬剤間違い」は、医療事故情報には報告されていない剤形を間違えた事例が4件報告されていた。

図表Ⅲ－２－２１ 事例の詳細

分類	院内採用薬の状況	事例の詳細	件数		
薬剂量 間違い	持参薬と同じ規格の薬剤（後発 医薬品を含む）が採用されていた	用量間違い	3	11	14
		重複処方	3		
		規格間違い	3		
		用法間違い	2		
	持参薬と規格が違う薬剤（後発 医薬品を含む）が採用されていた	用量間違い	3		
薬剤 間違い	不明	剤形間違い	4	6	
		名称類似薬の処方	2		
合計			20		

ii) 誤った処方・指示と仮に投与した場合の影響

誤った処方・指示の内容と仮に投与した場合の患者への影響を整理して示す。

図表Ⅲ-2-22 誤った処方・指示と仮に投与した場合の影響

事例の詳細	持参薬	院内の処方・指示	仮に投与した場合の影響
薬剤量間違い			
持参薬と同じ規格の薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた			
用量間違い	カロナール錠300 1回1錠 朝食後	カロナール錠300 1回 3錠 朝食後	過量投与
	チクロピジン塩酸塩細粒10% 1日200mg 1日2回	パナルジン細粒10% 1日 100mg 1日1回	過少投与
重複処方	アンブロキシソール錠15mg	アンブロキシソール錠15mg +ムコソルバンL錠45mg	同薬効の 重複投与
	オメプラゾール錠10mg	オメプラゾール錠10mg +タケキャブ錠10mg	
規格間違い	アトルバスタチン錠5mg 1日1回	アトルバスタチン錠 10mg 1日1回	過量投与
	イグザレルト錠15mg 1日1回	イグザレルト錠 10mg 1日1回	過少投与
用法間違い	リウマトレックスカプセル フォリアミン錠 週1回	リウマトレックスカプセル フォリアミン錠 7日分	連日投与
持参薬と規格が違う薬剤（後発医薬品を含む）が採用されていた			
用量間違い	ベタニス錠25mg 1錠分1昼食後	ベタニス錠 50mg 1錠分1昼食後	過量投与
	シロスタゾールOD錠100mg 1日1回1錠 朝食後	シロスタゾールOD錠 50mg 1日1回 1錠 朝食後	過少投与
	ミグリトール錠25mg 1回1錠1日3回	セイブル錠 50mg 1回 1錠 1日3回	過量投与
薬剤間違い			
剤形 間違い ^{注1)}	バレリン錠200mg 4錠分2朝夕食後	デパケンR錠200mg 4錠分2朝夕食後	意図した 血中濃度を 維持できな い投与
	ニフェジピンCR錠10mg 1錠分1	アダラートカプセル10mg 1カプセル分1	
	ニトロールRカプセル20mg 2錠 1日2回朝夕食後	ニトロール錠5mg 2錠 1日2回朝夕食後	
	デパケンR錠200mg 3錠 1日1回寝る前	デパケン細粒40% 600mg 1日1回寝る前	
名称類似薬 の処方 ^{注2)}	ジャヌビア錠 (選択的DPP-4阻害薬)	スージャヌ配合錠 (選択的DPP-4阻害薬・選択的 SGLT2阻害薬)	別の薬効を 含む薬剤を 投与
	セロクラール錠 (脳循環・代謝改善薬)	セロクエル錠 (抗精神病薬)	別の薬効の 薬剤を投与

※ 屋号を除く。また、処方量が不明な事例もある。

注1 持参薬または院内処方薬のどちらかが徐放剤であった事例である。

注2 () 内に薬効分類を示した。薬効分類は、治療薬ハンドブックを参考にした。

iii) 処方・指示の誤りに気付いたきっかけ

処方・指示の誤りに気付いたきっかけを示す。薬剤師が発見者となった事例が18件と多く、そのうち、持参薬鑑別書を確認した事例が9件、処方された内容と持参薬を確認した事例が7件であった。患者が入院した際に、医師が持参薬から切り替えて薬剤の処方・指示を出した場合は、持参薬鑑別書などで処方に誤りがいないか確認することは重要である。

図表Ⅲ－２－２３ 処方・指示の誤りに気付いたきっかけ

発見者	気付いたきっかけ	件数	
医師	薬剤師より配合剤に変更するのかと疑義照会があった	1	
薬剤師	処方・指示された薬剤と持参薬鑑別書を確認した	9	18
	処方された内容と持参薬を確認した	7	
	用法の誤りに気付き疑義照会した	1	
	薬剤の交付後、持参薬の鑑別依頼があった	1	
看護師	持参薬鑑別書を確認した	1	
合計		20	

iv) 事例の内容

主な事例の内容を紹介する。

図表Ⅲ－２－２４ 事例の内容

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
薬剂量間違い			
用量間違い			
1	患者はミグリトール錠25mg 1回1錠1日3回毎食直前で服用していた。持参薬から院内処方に切り替える際、院内採用薬はセイブル錠50mgであり、持参薬鑑別の際には規格が持参薬と院内採用薬とは異なることを薬剤師より申し送りされていた。しかし、医師は、セイブル錠50mgを1回1錠1日3回毎食直前でオーダーした。病棟に薬剤が届いた際、病棟薬剤師は、規格が違うため用量に誤りがあることに気付いた。医師は患者に投与される前にオーダーを修正した。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬と院内採用薬では規格が違っていたが、医師は院内採用されている規格が把握できておらず、処方時に表示された規格のみと思い込み処方した。 明らかに用量が間違っていないければ、調剤室の薬剤師では処方の誤りに気付かない。 病棟薬剤師がきめ細かく配慮するしかない状況である。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在の持参薬の確認は、そのまま電子カルテオーダーができず、院内処方に切り替える場合は処方し直す必要がある。 電子カルテ更新とともに、薬剤の全件マスターを導入するとともに持参薬オーダーを可能にするシステムを検討する。
2	患者が入院した際、病棟薬剤師が持参薬の確認を行った。持参薬鑑別書に「ベタニス錠25mg 1錠分1昼食後 代替薬：ベタニス錠50mg（成分量違い・剤形一致）」と記載した。院内処方に切り替える際、医師は「ベタニス錠50mg 1錠分1昼食後」とオーダーした。看護師は規格が異なっていることに気づき、医師へ確認したところ、処方が修正になった。	<ul style="list-style-type: none"> 消化器外科の医師は、普段処方しない薬効の薬剤であったため知識が不足していた可能性がある。 持参薬鑑別書からD o処方が可能な仕組みにしているが、院内で採用されていない薬剤は薬剤名を選び直す必要がある。 院内で採用されていない薬剤の場合、持参薬鑑別書に代替薬を記載しているが、薬剤を選び直す際に入力を間違えた可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師による持参薬の確認と、院内処方へ切り替える時の処方確認を徹底する。

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
重複処方			
3	慢性閉塞性肺疾患の急性増悪で入院した患者は、持参薬にアンプロキール錠15mgがあり、継続の指示が出た。また、院内処方でもコソルバンL錠45mgの処方があった。同一成分薬であり、重複となるため病棟薬剤師が主治医に確認したところ、アンプロキソール錠は中止となった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬と院内処方が重複した。 後発医薬品は、薬剤名で重複と認識しづらい。 持参薬は電子カルテに入力できないため、薬剤師の持参薬記録を医師がタイムリーに確認できない。 	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテに持参薬オーダを入力できるようにし、院内処方との重複を系統的にチェックできるようにするとよい。
薬剤間違い			
剤形間違い			
4	薬剤師は、別の薬剤師から医師に処方の確認をするように依頼をされた。患者は持参薬でニトロールRカプセル20mgを1日2回朝夕食後1錠ずつ服用していたが、院内処方にする際にニトロール錠5mg1日2回朝夕食後で処方されていた。持参薬鑑別書には代替薬としてフランドル錠20mgが表示されていた。持参薬のニトロールRカプセルは徐放錠だがニトロール錠は徐放錠ではないため1日3～4回1錠ずつ服用するのが通常の用法である。医師に疑義照会し、ニトロール錠で処方する場合は用法を1日3～4回にするか、同成分で徐放性のあるフランドル錠に薬剤変更し、1日2回朝夕食後にするのどうかと提案した。医師はフランドル錠20mg1日2回の処方に修正を行った。	未記入	<ul style="list-style-type: none"> 個々の薬剤の用法を把握する。 状況に応じて持参薬鑑別書を確認する。
名称類似薬の処方			
5	医師は、深夜帯に緊急入院した患者にお薬手帳を基に内服薬を処方した。ジャヌビア錠の院内採用薬はグラクティブ錠であるが、医師が「ジャヌ」で検索した際、スージャヌ配合錠がオーダ画面に表示されたため、スージャヌ配合錠を処方した。日勤帯になり、薬剤師が医師に配合剤に変更するのか疑義照会したところ、処方間違いが判明した。その後、処方をグラクティブ錠に変更した。	<ul style="list-style-type: none"> 時間外であり、薬剤師の持参薬鑑別が実施できず、医師が自分でお薬手帳を見ながら処方した。 医師はジャヌビア錠の代替薬がグラクティブ錠であることを知らなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテのオーダ画面で薬剤情報を確認する。

(3) まとめ

「持参薬の処方・指示の誤りに関する事例」をテーマとして、2015年1月～2019年12月に報告された医療事故情報と、2019年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例を分析した。本報告書では、発生段階が「処方・指示」に関する事例について取り上げ、「処方・指示間違い」と「処方・指示漏れ」に分類して事例の詳細を示し、誤った処方・指示と患者への影響を整理した。また、主な事例を掲載して専門分析班での議論を紹介した。ヒヤリ・ハット事例では、処方・指示の誤りに気付いたきっかけを整理した。

持参薬を院内処方へ切り替える際に、薬剤を間違えた事例や、処方・指示が漏れた事例が発生していることが分かった。いずれも、処方・指示する医師の持参薬の把握が不十分であったために発生していた。入院後、持参薬を正しく把握した上で、持参薬を継続または中止する必要がある。そのためには、持参薬だけでなく、お薬手帳や診療情報提供書などの複数の情報を用いて正確に鑑別し、薬効等を把握する必要がある。

しかし、1人の患者に複数の医療機関から様々な薬剤が処方され、その中に配合剤や後発医薬品もあり、病院機能分化で紹介や逆紹介が増えた状況の中で、「確認」「注意」でエラーを防止することには限界がある。また、診療情報提供書や紹介状のような情報伝達は、情報がなかったり、不足していたりすることもある。患者が服薬している薬の情報をICカード等に入れ、どの医療機関・薬局でも見ることができるようにするなどの根本的な対策が必要であろう。それと同時に、医師は内服の必要性を常に判断し、不要な薬剤は中止して内服薬を減らすことも重要である。

第60回報告書と本報告書の2回にわたり、持参薬の処方・指示の誤りに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合的に分析した内容を掲載した。第60回報告書では発生段階が「持参薬の鑑別」の事例、第61回報告書では発生段階が「処方・指示」の事例を取り上げたので、参考にさせていただきたい。