

【2】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

患者が入院した際に持参した院内で採用していない薬剤の継続、または院内の処方へ切り替える場合などには、薬剤の規格間違い、用法・用量の指示間違い、同じ成分や同じ薬効の薬剤の重複投与に注意が必要である。本事業では、これまでに医療安全情報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、持参薬を院内の処方に切り替える際の薬剤の規格や剤形の間違いについて注意喚起した。

今回、本報告書分析対象期間(2016年4月～6月)に、持参薬と院内で処方した同じ成分の薬剤を重複して患者に投与した事例が1件報告された。患者に同じ成分や同じ薬効の薬剤を重複して投与した場合、薬剤によっては患者に大きな影響を与える可能性がある。そこで、本報告書では事例を過去に遡って検索し、持参薬と院内で処方した同じ成分や同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例を取り上げ、分析を行った。

(1) 発生状況

①対象とする事例

本分析では、報告された事例の中から「事故の内容」、「事故の背景要因の概要」や「関連医薬品」に持参薬と院内で処方した薬剤が記載してある事例を抽出し、同じ成分もしくは同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例を対象とした。なお、本分析において同じ薬効とは、厚生労働省の薬価基準収載医薬品コードの先頭3桁が同じである場合とした。

②報告件数

2010年1月から2016年6月までに報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は5件であった。報告年ごとの件数を、図表Ⅲ-2-21に示す。

図表Ⅲ-2-21 報告件数

報告年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (1～6月)	合計
件数	1	1	0	1	1	0	1	5

③当事者の職種

当事者の職種は、医師、看護師がそれぞれ4件であった(図表Ⅲ-2-22)。「当事者」としては選択されていなかったが、事例の内容に薬剤師が関わったことが記載されている事例も報告されていた。

図表Ⅲ-2-22 当事者職種

当事者職種	件数
医師	4
看護師	4

※当事者は、医療機関が当該事例に関係したと判断した者であり、複数の入力が可能である。

④事例の分類

対象とする5件の事例を分類すると、同じ成分の薬剤を重複して投与した事例が4件、同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例が1件であった。なお、同じ成分の薬剤を重複して投与した事例のうち1件は、4剤を重複して投与しており、そのうち3剤は同じ成分の薬剤であったが、1剤は同じ薬効の薬剤を投与した事例であった。

図表Ⅲ-2-23 事例の分類

事例の分類	件数
同じ成分の薬剤の重複投与	4 [※]
同じ薬効の薬剤の重複投与	1

※同じ成分の薬剤の重複投与の中には、投与した薬剤が複数あり、同じ薬効の薬剤の重複投与も含まれている事例がある。

⑤重複して投与した薬剤の組み合わせ

報告された事例の中から、「事故の内容」、「事故の背景要因の概要」や「関連医薬品」に記載されていた持参薬と院内で処方した薬剤の薬剤名を抽出した。同じ成分の薬剤の組み合わせを図表Ⅲ-2-24、同じ薬効の薬剤の組み合わせを図表Ⅲ-2-25に整理した。また、同じ成分の薬剤の組み合わせについて、ミグシス錠5mgとテラナス錠5以外は先発医薬品と後発医薬品の組み合わせであった。

図表Ⅲ-2-24 同じ成分の薬剤の組み合わせ

薬効 ^{注1)}	添付文書上の薬効分類名 ^{注2)}	成分名	持参薬	院内で処方した薬剤
その他の循環器官用薬	片頭痛治療剤	塩酸ロメリジン	ミグシス錠5mg	テラナス錠5 ^{注3)}
消化性潰瘍用剤	プロトンポンプ阻害剤	ラベプラゾールナトリウム	ラベプラゾールNa錠10mg	パリエット錠10mg
	胃炎・胃潰瘍治療剤	レバミピド	レバミピド錠100mg	ムコスタ錠100mg
その他の消化器官用薬	消化管運動改善剤	ドンペリドン	ドンペリドン錠10mg	ナウゼリンOD錠10
痛風治療剤	高尿酸血症治療剤	アロプリノール	アロチーム錠100mg ^{注4)}	ザイロリック錠100
その他の血液・体液用薬	抗血小板剤	シロスタゾール	プレタールOD錠100mg	シロスタゾールOD錠50mg「マイラン」

注1) 薬効は、薬価基準収載医薬品コードの先頭3桁をもとに分類した。

注2) 添付文書に記載されている薬効分類名を記載した。また、事例に記載されていた薬剤名をそのまま掲載したため、「屋号(会社名等)」が記載されていない薬剤については、一般的名称および剤形が同じである添付文書を参考にした。

注3) テラナス錠5は、販売中止が予定されており、2016年4月1日から経過措置となっている。

注4) アロチーム錠100mgは、現在では販売名がアロプリノール「サワイ」に変更されている。

図表Ⅲ - 2 - 25 同じ薬効の薬剤の組み合わせ

薬効 ^{注1)}	添付文書上の薬効分類名 ^{注2)}	
	持参薬	院内で処方した薬剤
	成分名	成分名
催眠鎮静剤、抗不安剤	睡眠誘導剤・抗痙攣剤	不眠症治療薬
	ニトラゼパム錠	サイレース錠
	ニトラゼパム	フルニトラゼパム
無機質製剤	徐放性鉄剤	可溶性の非イオン型鉄剤
	フェルムカプセル100mg	フェロミア錠50mg
	フマル酸第一鉄徐放	クエン酸第一鉄ナトリウム

注1) 薬効は、薬価基準収載医薬品コードの先頭3桁をもとに分類した。

注2) 添付文書に記載されている薬効分類名を記載した。また、事例に記載されていた薬剤名をそのまま掲載したため、「屋号(会社名等)」が記載されていない薬剤については、一般的名称および剤形が同じである添付文書を参考にした。

⑥患者への影響

5件の事例の事故の程度は、「障害残存の可能性なし」や「障害なし」を選択しており、患者へ大きな影響を及ぼした事例の報告はなかった。しかし、治療の程度で「軽微な治療」を選択していた事例があり、同じ成分の抗血小板剤を重複して投与したことが一因となり、血尿が増強して膀胱タンポナーデをきたしたことにより膀胱洗浄を実施した事例であった(図表Ⅲ - 2 - 26)。

図表Ⅲ - 2 - 26 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	0
軽微な治療	1
なし	4
合計	5

(2) 事例の内容

持参薬と院内で処方した同じ成分や同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例を図表Ⅲ - 2 - 27に示す。

図表Ⅲ - 2 - 27 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
同じ成分の薬剤の重複投与			
1	入院時に持参薬を確認した際、ミグシス錠が他の薬剤と一包化されていたため、看護師はミグシス錠の確認ができなかった。担当医は、持参薬は使用せず院内で処方することを入院時担当看護師Aに伝え、テラナス錠を1日2回7回分処方した。翌日、看護師Bは持参薬があることに気付いたが、持参薬内服の指示が出されていないため、担当医に持参薬内服の指示を依頼した。担当医は、前日にテラナス錠を処方したことを忘れて、持参薬（ミグシス錠）内服の指示を出した。	入院時担当看護師Aは、使用しないことになった持参薬に何のコメントもつけず、他の看護師の目につくところに保管した。担当医は、テラナス錠を処方したことを忘れて、持参薬（ミグシス錠）内服の指示を出した。	<ul style="list-style-type: none"> 院内で処方した場合には、持参薬を使用しないことを処方箋コメントに入力し注意喚起する。
2	患者は脳梗塞の既往があり、入院時、持参薬のプレタール錠を内服していた。化学療法前に水腎を認めたため、左腎瘻を造設することになり、術前にプレタール錠が中止となった。腎瘻造設後、医師は「プレタール内服再開」という指示を入力したが、処方しなかったため、看護師は持参薬の残薬のプレタール錠をセットした。プレタール錠再開2日後、プレタール錠を処方するつもりで院内採用薬のシロスタゾール錠を処方し、シロスタゾール錠に変更して内服を継続した。シロスタゾール錠に変更後6日目、看護師が定期処方をセットする際に、シロスタゾール錠と持参薬の残薬のプレタール錠を一緒にセットしたため、患者は2剤を内服した。その後、血尿が増強して膀胱タンポナーデをきたし、膀胱洗浄を開始した。翌日（変更後7日目）、「プレタール内服中止」の指示が出たため、プレタール錠のみ壁掛け配薬から取り除いた。変更後9日目、プライマリーナースがカルテを見ていた時に、プレタール錠とシロスタゾール錠が同じ成分の薬剤であり抗血小板剤が重複していたこと、シロスタゾール錠を継続して内服していることを発見した。	病棟薬剤師は、入院時に紹介状、お薬手帳、持参薬等から持参薬鑑定を行い、看護師とともに内容確認を行った（持参薬報告）。その報告をもとに、医師は持参薬内服の指示を出した。指示は、オーダ情報として電子カルテ上に記録される。病棟薬剤師が初回面談をした際、患者の持参薬の服用状況は、用法や用量などが説明でき理解度は良好であった。プレタール錠の残数が多かったため確認したところ、服用方法が誤っており薬剤師は患者に用法の説明をした。持参薬報告書には院内採用薬シロスタゾールと表示されていた。2ヶ月前に院内採用薬がプレタール錠からシロスタゾール錠に切り替えになっており、プレタール錠の後発医薬品の認識が希薄であった。院内の処方オーダは「プレタール」と入力すると院内採用薬の「シロスタゾール」が画面に表示され処方ができる。主治医はシロスタゾール錠に変更したという認識がないままプレタール錠のつもりで処方した。そのため、主治医はプレタール錠からシロスタゾール錠に変更したあとも、一般指示に「プレタール内服再開（中止）」と記載し、診療録も再開、休止の記載はすべて「プレタール」で記載していた。医師から出された持参薬内服の指示は、電子カルテ上オーダ情報として反映されるため、看護師は内服指示ワークシートを用いて確認を行っている。途中で薬剤の中止や減量などの変更をする場合、医師が一般指示を出しそれに基づいて薬剤をセットしている。看護師は、プレタール錠とシロスタゾール錠が同じ成分の薬剤であることを知らなかったため、一般指示に従ってプレタール錠を患者の壁掛け配薬にセットした。その際、中止になった持参薬は患者本人に返却していたが、患者に確認し、患者持ちの持参薬からセットした。	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品への切り替え薬剤について、わかりやすく見直し、周知する。 医師は後発医薬品に変更した際、必ず看護師に伝える。 看護師は後発医薬品の表記を確認したら、医師にどの薬剤からの切り替えか確認する（後発医薬品の表記：成分名+規格（数字）+「メーカー名」）。 病棟薬剤師と協働し、病棟の専門性に応じた後発医薬品に関する理解を深めるための研修を行う。

Ⅲ

1
2-(1)
2-(2)
2-(3)
3-(1)
3-(2)
3-(3)

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

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
3	持参薬のフェルムカプセル100mg、ラベプラゾールNa錠10mg、ドンペリドン錠10mg、レバミピド錠100mgと、処方した薬剤のフェロミア錠50mg、パリエット錠10mg、ナウゼリンOD錠10mg、ムコスタ錠100mgが2日間重複しており、処方量の2倍内服していた。	処方した医師は、患者が内服中の持参薬を把握せず処方した。指導医、看護師は、持参薬と処方内容について確認不足であった。持参薬の確認は薬剤師が行っており、必ず患者と面談を行い電子カルテ上の薬剤師記録に記載している。薬剤師記録は、薬剤部の部門システム等への記載ではなく、医師や看護師と同様に電子カルテへの記録である。記録内容は、処方病院名、診療科、処方内容、当院採用薬への切り替え時の留意点(同一規格薬、同効薬などの情報)など、持参薬に関する情報(お薬手帳など)の有無、自己管理状況(管理者、自己調整や飲み忘れの有無など)についても面談時に聞き取り、記載する。さらにアレルギー歴の有無、市販薬やサプリメントの服用状況なども確認し、入院後の薬物療法全体のリスク評価を行っている。	・持参薬の内服状況について確認する。
4	持参薬のアロチーム錠100mg ^{注)} を配薬していた。持参薬の終了後、院内で処方したザイロリック錠100mgに移行する予定であった。院内で処方したザイロリック錠100mgに変更予定の当日、深夜勤看護師Aは、配薬ボックスにアロチーム錠とザイロリック錠を重複して準備した。8:30に日勤看護師Bは、配薬ボックスから2剤を取り出し患者に与薬した。	持参薬のアロチーム錠100mgは主として泌尿器科で多く使用されており、院内には在庫がなかった。院内ではザイロリック錠を採用していた。通常であれば、すぐに薬剤師が納品の手続きをとっているが、正確に伝達が行われていなかった。	・基本的に持参薬は全て中止とし、院内で処方した薬剤に変更する。
同じ薬効の薬剤の重複投与			
5	患者は、眠前に持参薬のニトラゼパム錠を内服していた。持参薬がなくなるため、同効薬のサイレース錠が処方され病棟に届いていた。看護師は、配薬カートにセット済みの持参薬(ニトラゼパム錠)を1人で確認後、鍵付管理のサイレース錠をダブルチェックして、2剤を患者に与薬した。翌日の夕方、日勤看護師よりサイレース錠が1錠少なく、ニトラゼパム錠とサイレース錠の重複投与の指摘を受けた。	与薬開始日の確認をせず、処方内容のダブルチェックしかしていなかった。与薬開始日の記載は、普段通り薬袋の右上に日付が書かれていた。手書きで「持参薬のニトラゼパム錠の代わりです」と書かれていたが、与薬開始日が目立つようには記載されていなかった。ニトラゼパム錠とサイレース錠が同効薬との認識がなかった。	・マニュアル通りに指差し呼称を行う。 ・処方を切り替える場合は、与薬開始日を分かりやすく記載する。 ・内服予定日を薬袋の裏に記入する。

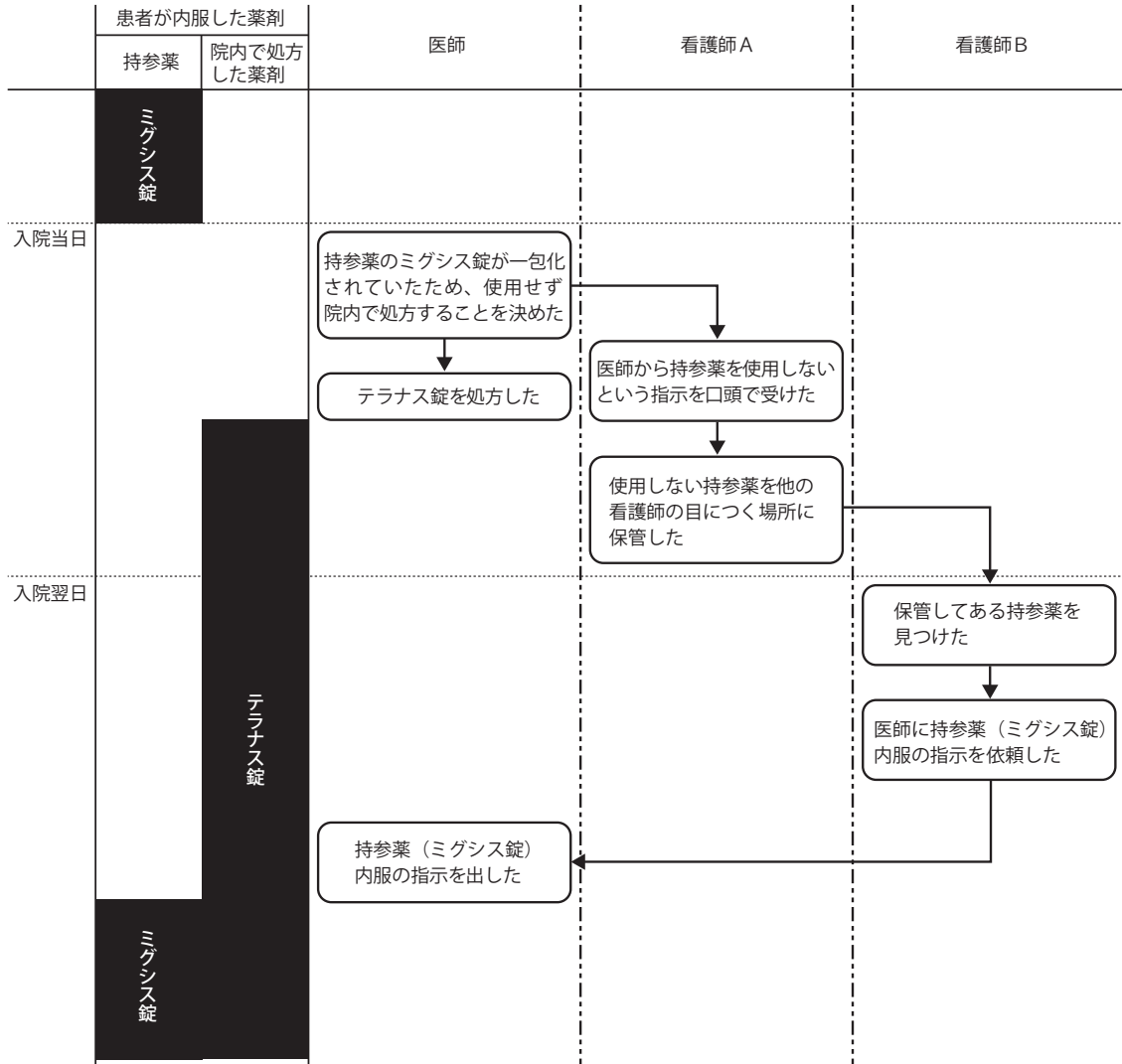
注) アロチーム錠100mgは、現在では販売名がアロプリノール「サワイ」に変更されている。

(3) 事例の概要

今回対象とした事例5件は、いずれも持参薬と院内で処方した同じ成分または同じ薬効の薬剤の両方が存在し、持参薬から院内で処方した薬剤に切り替える際に、切り替えに関する指示が適切に出されなかった、あるいは伝わらなかった事例であった。

事例1、2は、複数人が関わっており、持参薬から院内で処方した薬剤への切り替え、さらに持参薬の中止や再開など、患者が内服する薬剤を管理する上で複雑な状況であるため、事例の内容を経時的に図示した(図表Ⅲ-2-28、図表Ⅲ-2-29)。事例3は、患者が内服中の持参薬を把握しないまま、医師が新たに処方したため、2日間にわたり持参薬と院内で処方した薬剤を重複して内服した事例であった。事例4、5は、処方は正しくされていたが、持参薬から院内で処方した薬剤に切り替える際に、看護師が薬剤の準備や配薬をする段階で投与開始日や投与時間についての確認が不足していたことにより、患者が重複して内服した事例であった。このように、処方や指示、配薬の場面など様々な場面や要因により起こる可能性がある。

1) 事例1：持参薬（ミグシス錠）と院内で処方したテラナス錠を重複して投与した事例について
(図表Ⅲ - 2 - 28)



事例1は、入院当日に医師は持参薬（ミグシス錠）が一包化されていたため使用しないことを決め、同じ成分の薬剤であるテラナス錠を処方している。しかし、翌日、看護師に持参薬内服の指示を依頼され、医師はテラナス錠を処方したことを忘れて持参薬内服の指示を出したため、患者が持参薬のミグシス錠と院内で処方したテラナス錠を重複して内服した事例であった。

事例の内容には、患者が持参薬のミグシス錠と院内で処方したテラナス錠を重複して内服したと記載されていたが、持参薬は一包化されており、入院翌日、医師が持参薬内服の指示を出したため、患者は一包化の中の他の薬剤についても重複して内服した可能性や本来中止する予定であった薬剤を内服した可能性も考えられる。

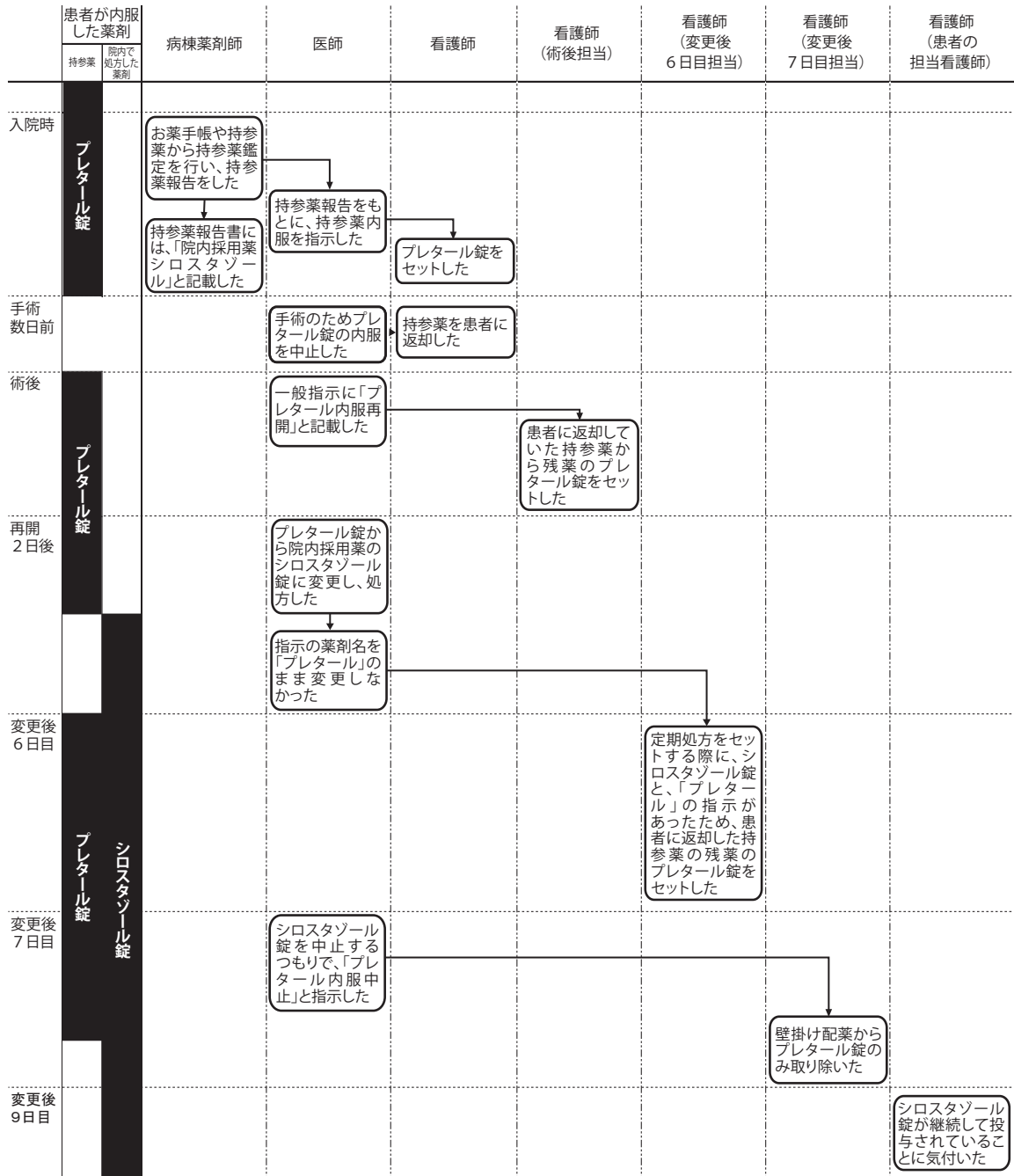
事例の要因として、医師は持参薬を使用しないことを看護師Aに伝えたが明確な指示を記載しなかったこと、看護師Aが入院時に使用しないと決めた持参薬を他の看護師の目につくところに何のコメントもつけずそのまま保管したこと、患者から受け取った持参薬の管理の方法が明確でなかったことや、持参薬を使用しないことについての情報の共有が不足していたことなどが挙げられる。使用しない持参薬は、患者に返却する、患者に許可を取った後に廃棄する、病棟の決まった場所に保管するなど、取り扱いの手順を統一することが重要である。

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

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

2) 事例2：持参薬のプレタール錠と院内で処方したシロスタゾール錠を重複して投与した事例について
(図表Ⅲ - 2 - 29)



事例2は、患者は入院時に持参薬のプレタール錠を内服しており、手術のために中止し、術後にプレタール錠の内服を再開した。その後、持参薬のプレタール錠から院内で処方したシロスタゾール錠へ変更しているが、変更後6日目に担当した看護師が定期処方をセットする際、シロスタゾール錠と持参薬の残薬のプレタール錠を一緒にセットしたため、患者が同じ成分の薬剤を重複して内服した事例であった。

事例の要因として、医師はオーダー時に「プレタール」と入力し、画面には「シロスタゾール」と表示されシロスタゾール錠を処方したが、シロスタゾール錠に変更したという認識がないままプレタール錠のつもりで処方したため、変更後も指示の薬剤名を「プレタール」と記載したこと、看護師はシロスタゾール錠がプレタール錠の後発医薬品であり、同じ成分の薬剤であると認識していなかったことが挙げられていた。

持参薬から院内で処方した薬剤に切り替える際に、医師は患者が内服している薬剤について正しい薬剤名で指示を出すことが重要であり、看護師は指示された薬剤の成分を確認しておくことが望まれる。また、持参薬と院内で処方した薬剤は同じ成分で名称が異なる場合があることを認識することが必要である。さらに、病棟薬剤師が持参薬の管理について適切に介入することにより、持参薬と院内で処方した薬剤を患者が重複して内服することを防ぐことができる可能性がある。

<参考>持参薬から院内で処方した薬剤に切り替える際、院内で処方した同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例

持参薬のイルベタン錠を院内採用薬に切り替える際、院内で処方した同じ薬効のミカルディス錠とアバプロ錠を重複して患者に投与した事例が報告されていた。本分析では、持参薬と院内で処方した薬剤を重複して投与した事例を対象としたため、本テーマには該当しないが参考事例として以下に示す。

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
14:50 薬剤師は持参薬報告をカルテに記載した。その際、「持参薬のイルベタン錠50mg 1錠は採用なし。代替薬はミカルディス錠、限定採用にアバプロ錠100mg」と書いた。15:09 医師Aより、ミカルディス錠40mg 1錠の処方があった。患者は、持参薬のイルベタン錠50mgを内服中であり、薬剤師は重複処方になることを医師Aへ疑義照会しようとしたが、医師Aと連絡が取れず医師Bに連絡した。15:17 医師Bは薬剤師からの疑義照会の意図を、アバプロ錠の方が良いと判断し、手書き処方箋でアバプロ錠100mg 0.5錠 分1朝食後 6日分を処方した。その際、電子カルテからオーダーされているミカルディス錠は、薬剤師が削除すると医師Bと話し合った。しかし、薬剤師はミカルディス錠を削除し忘れ、2剤が払い出された。4日後、次の処方時に2剤を内服していることが分かった。	薬剤師は他施設から移動したばかりであり、通常は「代替薬 ミカルディス錠」を記載するが、「限定採用 アバプロ錠」も記載した。院内採用薬の代替薬は、同効薬の場合もあれば、同一成分薬の場合もある。医師への報告内容が曖昧であった。通常は電子カルテからオーダーするが、限定採用の薬剤は「手書き処方箋」でオーダーするというルールであった。最終確認とその後の処理ができていなかった。削除しなければならぬ薬剤を削除していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬報告の記載内容を医師が処方しやすいように簡潔に分かりやすく書く。 unnecessary情報や複数の情報は書き込まない。 代替薬については、文字の色を変えて分かりやすくする。 代替薬については用量(規格・錠数)まで記載する。 院内で処方する薬剤への代替については、特に注意して処方された後の最終確認を行う。

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

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

(4) 事例の背景・要因

報告された事例の内容から主な背景・要因を、薬剤の①処方・指示、②準備・配薬、③保管・管理、④その他、に分類して図表Ⅲ-2-30に整理した。

図表Ⅲ-2-30 主な背景・要因

①処方・指示

- ・医師は、患者が内服中の持参薬を把握せず処方した。
- ・主治医は、プレタール錠から院内採用薬のシロスタゾール錠に変更したという認識がないままプレタール錠のつもりで処方したため、変更後も指示に「プレタール内服再開(中止)」と記載した。また、診療録も再開、休止の記載はすべて「プレタール」と記載していた。
- ・医師は、前日にテラナス錠を処方したことを忘れて、持参薬(ミグシス錠)内服を指示した。

②準備・配薬

- ・看護師はプレタール錠とシロスタゾール錠が同じ成分の薬剤であることを知らず、医師が出した一般指示に従って持参薬の残薬のプレタール錠も壁掛け配薬にセットした。
- ・配薬した看護師は、ニトラゼパム錠とサイレース錠が同じ薬効の薬剤であることの認識がなかった。
- ・中止になった持参薬は患者に返却していたが、医師から「プレタール内服再開」と指示が出たため、患者に確認し、返却した持参薬からセットした。
- ・与薬前に与薬開始日の確認をせず、処方内容の確認しかなかった。

③保管・管理

- ・入院時の担当看護師は、使用しないことになった持参薬に何のコメントもつけず、他の看護師の目につくところに保管した。
- ・薬袋に手書きで「持参薬のニトラゼパム錠の代わりです」と書かれていたが、与薬開始日は目立つように記載されていなかった。

④その他

- ・院内採用薬がプレタール錠からシロスタゾール錠に切り替えになって日が浅く、プレタール錠の後発医薬品の認識が希薄であった。
- ・院内ではザイロリック錠が採用されており、持参薬のアロチーム錠は院内に在庫がなかった。

(5) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策を以下に示す。

○処方・指示に関すること

- ・医師は持参薬から院内の処方へ切り替える場合には、持参薬を使用しないことを処方箋コメントに入力し注意喚起できるようにする。
- ・医師は持参薬から院内で処方した後発医薬品に変更した際には、必ず看護師に伝える。
- ・医師は処方する際、患者の持参薬の内服状況について確認を行う。

○指示受けに関すること

- ・看護師は院内で処方された後発医薬品の表記(成分名+規格(数字)+「メーカー名」)を確認した際には、医師に何の薬剤からの切り替えか確認する。

○準備・配薬に関すること

- ・薬剤を確認する際には、マニュアル通りに指差し呼称を行う。

○保管・管理に関すること

- ・持参薬から院内の処方へ切り替える場合は、与薬開始日を分かりやすく記載する。
- ・院内で処方した薬剤の薬袋の裏に与薬開始日を記載する。

○その他

- ・基本的に持参薬は全て中止し、院内で処方した薬剤に変更する。
- ・後発医薬品へ切り替える薬剤について、わかりやすく見直し、周知する。
- ・病棟薬剤師と協働し、病棟の専門性に応じた後発医薬品に関する理解を深めるための研修を行う。

(6) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における関連情報

本財団で行っている薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業において、平成25年年報(2014年10月公表)¹⁶⁾の分析テーマ「【6】同種同効薬の重複処方に関するヒヤリ・ハット」(306～338頁)で集計・分析を行った。重複した同種同効薬の「主な薬効」の種類、患者が服用中の薬との重複処方に関する事例の同種同効薬の組み合わせ(320～323頁)や、同種同効薬の重複処方に関する共有すべき事例(328～330頁)などが掲載されている。

(7) まとめ

本報告書分析対象期間に、持参薬と院内で処方した同じ成分の薬剤を重複して投与した事例が報告された。そこで、事例を過去に遡って検索し、持参薬と院内で処方した同じ成分や同じ薬効の薬剤を重複して投与した事例5件について分析を行った。

事例に記載されていた内容から、同じ成分または同じ薬効の薬剤の組み合わせを示した。また、複数人が関わっており、持参薬から院内で処方した薬剤への切り替えや持参薬の中止・再開など、患者が内服する薬剤を管理する上で複雑な状況であった事例については、事例の内容を図示して掲載した。

持参薬と院内で処方した同じ成分や同じ薬効の薬剤の重複投与は、処方や指示、配薬の場面など様々な場面や要因により起こる可能性がある。患者の内服薬を管理するにあたり、いつまで持参薬を内服していつから院内で処方した薬剤に切り替えるか等、切り替えに関する指示を適切に出すことや、確実に指示を伝えることができるような仕組みが必要である。また、持参薬と院内で処方した薬剤は同じ成分で名称が異なる場合があることを認識することが重要である。さらに、病棟薬剤師が持参薬の管理について適切に介入することにより、持参薬と院内で処方した薬剤を患者が重複して内服することを防ぐことができる可能性がある。

(8) 参考文献

1. ミグシス錠5mg添付文書. ファイザー株式会社. 2009年12月改訂(第8版).
2. テラナス錠5添付文書. MSD株式会社. 2010年10月改訂(第9版).
3. ラベプラゾールNa錠10mg「AA」添付文書. あすか製薬株式会社. 2016年4月改訂(第11版).
4. パリエット錠5mg/パリエット錠10mg添付文書. エーザイ株式会社. 2016年4月改訂(第28版).
5. レバミピド錠100mg「JG」添付文書. 日本ジェネリック株式会社. 2010年5月作成(第1版).
6. ムコスタ錠100mg/ムコスタ顆粒20%添付文書. 大塚製薬株式会社. 2013年7月改訂(第14版).
7. ドンペリドン錠10mg「YD」添付文書. 株式会社 陽進堂. 2016年7月改訂(第2版).
8. ナウゼリンOD錠5/ナウゼリンOD錠10添付文書. 協和発酵キリン株式会社. 2016年7月改訂(第3版).
9. ザイロリック錠50/ザイロリック錠100添付文書. グラクソ・スミスクライン株式会社. 2015年3月改訂(第16版).
10. プレタールOD錠50mg/プレタールOD錠100mg添付文書. 大塚製薬株式会社. 2013年2月改訂(第6版).
11. シロスタゾールOD錠50mg「マイラン」/シロスタゾールOD錠100mg「マイラン」添付文書. マイラン製薬株式会社. 2014年2月作成(第1版).
12. ニトラゼパム錠5mg「イセイ」添付文書. コーアイセイ株式会社. 2015年7月改訂(第2版).
13. サイレース錠1mg/サイレース錠2mg添付文書. エーザイ株式会社. 2015年6月改訂(第10版).
14. フェルムカプセル100mg添付文書. 日医工株式会社. 2014年2月改訂(第2版).
15. フェロミア錠50mg/フェロミア顆粒8.3%添付文書. サンノーバ株式会社. 2014年6月改訂(第11版).
16. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成25年年報. 2014年10月30日. (online). available from < http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year_report_2013_T006.pdf > (last accessed 2016-7-11).