

図表Ⅲ - 2 - 3 現地状況確認調査の概要

調査 1 持参薬のビーマス配合錠を院内で処方する際、リーマス錠を処方した事例		
報告時の事例		
事故の内容	背景・要因	改善策
<p>緊急入院となった患者に対し、医師が前医より継続中のビーマス配合錠（緩下剤）を処方しようとしたが、院内未採用のため電話で薬剤部に問い合わせた。その際に、リーマス錠（躁病治療剤／院内未採用）と誤って認識され、院内採用薬である炭酸リチウム錠が代替品との返答を受けた。医師はこの情報をもとに処方し、内服開始となった。患者は他病棟に転科となり、症状軽快のため退院となった。その間も複数の医師により炭酸リチウム錠が処方され、患者は継続して服用していた。後日、意識レベルが低下し再度緊急入院した際、意識障害の原因が特定できないため他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>	<p>口頭による問い合わせのため、情報が正確に伝達されなかった。また、処方医は患者の状態・疾患と薬剤を関連付けていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 <ol style="list-style-type: none"> 1) やむを得ず口頭で薬剤の問い合わせを行う場合は、薬剤名を正確に伝達できる手段を講じる（一般名などは名称の最後まで呼称し、識別コードや薬効なども伝達する）。 2) 主科に係らない疾患に対しての薬剤を処方する際は十分に注意する。 ・リスクマネージャーは各部署で情報の周知を行い、各職員は会議内容を確認後「周知状況確認書」にサインし、全員の周知完了後「周知状況報告書」を提出する。

現地状況確認調査の内容
<p>医療機関の対応者</p> <p>医療安全推進センター：センター長（医師）、医療安全管理者（薬剤師1名・看護師2名）</p>
<p>得られた情報</p> <p>1. 事故発生の経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者は糖尿病性腎不全のため、前医で週3回の透析を受けていた。 ・顔面を打撲後、口唇の腫脹があり前医で治療していたが炎症反応の上昇があり、蜂窩織炎の診断で当院に緊急入院となった。 ・患者の持参薬は、ミカムロ配合錠、ドルナー錠、プラビックス錠、カルタン錠など16種類あり、その中に「ビーマス配合錠 2錠 1日2回朝、夕」が含まれていた。 ・誤って処方した「炭酸リチウム錠200「ヨシトミ」 2錠 1日2回朝・夕」は入院日から内服開始し、退院後、再入院後を含め18日間内服していた。 <p>2. 背景・要因</p> <p><緊急入院時></p> <ul style="list-style-type: none"> ○炭酸リチウム錠を処方した医師 <ul style="list-style-type: none"> ・救急科の後期研修医であった。 ・患者の持参薬は前医の診療情報提供書で把握した。当該医療機関では、医療安全の観点から持参薬は中止して院内で処方する運用をしており、持参薬の処方内容をオーダした。

- ・ビーマス配合錠が緩下剤であることは知っていた。
- ・ビーマス配合錠は院内では採用されていなかったため、薬剤部の調剤室に電話で問い合わせた。
- ・薬剤師にビーマス配合錠の代替となる院内採用薬を問い合わせた際、「ビーマス」のみ伝え、「ビーマス配合錠」とは伝えなかった。
- ・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が、どのような薬効の薬剤か知らないまま処方した。ビーマス錠と聞いていれば躁病治療薬だと分かったが、院内では採用されていなかった。
- ・研修医には抗癌剤や麻薬などの院内で決められた薬剤の処方制限があったが、今回処方した薬剤は制限のない薬剤であり、上級医による処方の確認もなかった。

○薬剤部および薬剤師

- ・予定入院の患者の持参薬について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はしていなかった。
- ・薬剤に関する問い合わせは薬剤部のD I室に連絡して確認することになっていたが、医師からのビーマス配合錠の院内採用薬の問い合わせは調剤室にあった。
- ・医師からの問い合わせは17～18時であり、調剤室は勤務交代などで忙しい時間帯であった。そのため、当時の問い合わせについて、どの薬剤師がどのように対応したか分からなかった。
- ・薬剤師から医師へ疑義照会した場合は、記録に残すようにしているが、医師から問い合わせがあった場合は記録していない。
- ・ビーマス配合錠は院内で採用していないため、ビーマス配合錠を知らない薬剤師もいた。
- ・当該患者に処方された炭酸リチウムについて、疑義が生じた薬剤師はいなかった。

<救急科から口腔外科への転科～退院>

- ・緊急入院から3日目に口腔外科病棟に転棟したが、口腔外科医は救急科で処方されていた薬剤を継続するためD o処方し、処方されている薬剤の内容は見えていなかった。そのため、炭酸リチウム錠が含まれていることに気付かなかった。
- ・転棟から6日目に口腔内の症状が落ち着き、退院となった。退院時処方も継続して内服していた内容でD o処方した。
- ・当該医療機関では、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出る仕組みはなく、入院中、炭酸リチウムの血中濃度を測ることはなかった。

<退院後～再入院>

- ・退院後、患者は退院時に処方された薬剤を内服した。
- ・退院2日目に意識レベルが低下し、再度緊急入院となった。
- ・再入院後、意識障害の鑑別を行ったが原因がはっきりせず、神経内科に相談した。
- ・再入院から4日後、神経内科医が処方薬の中に前医の処方にはない炭酸リチウム錠が含まれていることに気づき、炭酸リチウム錠の内服を中止した。
- ・再入院時の血中のリチウム値は1.00mEq/L（正常範囲：0.4～1.4mEq/L）であった。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

- ・研修医には、薬効などが分からない薬剤は処方せず、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。
- ・医師から薬剤師、薬剤師から医師へ薬剤を確認する際は、薬剤名を略さずに伝えることにした。
- ・患者の状態や疾患と処方されている薬剤について確認するよう、今回の事例を周知した。

訪問時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）	
	○薬剤部に問い合わせた際、医師は「ビーマス」でなく「緩下剤のビーマス配合錠」と伝える、薬剤師は「躁病治療剤の炭酸リチウム錠200」と薬効、販売名、剤形の情報を入れて回答するなど、互いのやり取りの情報を増やしてはどうか。
	○電話など口頭でのやり取りは、聞き間違い、伝え間違いがあるため、診療情報提供書などの媒体を使って確認してはどうか。
	●薬剤名を全て確認しなかったため、誤った薬剤を投与した事例が他にも発生しているため、薬剤名は略さず確認しましょうと周知しているところである。
	○救急科から口腔外科に転科になっているが、患者は糖尿病で透析をしているため、糖尿病内科や腎臓内科などが関わることであれば、腎機能が低下した患者へ炭酸リチウム錠を処方していることに疑義が生じた可能性があるのではないかと。患者の状況によって、転科する診療科や併診する診療科を考えてはどうか。
	●通常、一般的な治療については該当する診療科へ転科している。今回は口腔の症状であったため口腔外科が主科になった。透析の治療が主であれば、腎臓内科が担当となったであろう。今後は、このような患者については何らかの形で腎臓内科が関われないか検討したい。
	○薬剤師による持参薬チェックは予定入院の患者のみに実施されているが、時間外の入院であっても翌日（休日除く）に医師からの希望の如何にかかわらず薬剤師が関与できれば、誤った処方に早く気付くことができた可能性がある。
	○入院中の患者に、院内で処方した薬剤の薬剤情報提供書を渡してはどうか。患者に薬剤の情報を提供することで、入院前に内服していた薬剤とは違うものが含まれていることに気付くことができる可能性がある。
	○炭酸リチウム錠のような特定薬剤管理料の対象薬剤は、一般に治療域と中毒域が近いためにハイリスク薬として捉えられており、月に1回程度でも薬物血中濃度を測定して、確認してはどうか。炭酸リチウムは腎障害のある患者には禁忌であり、脳などの臓器内濃度と血中濃度とが平衡になるまでには時間を要し、相互作用も多い。TDMを行う上でも注意が必要な薬剤である。