

【1】持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（医療安全情報 No. 7 8）

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 7 8（2013年5月提供：集計期間2009年1月～2013年3月）では、持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例を取り上げた。今回、本報告書分析対象期間（2018年10月～12月）において、持参薬のクエチアピン錠25mgを院内で採用されているセロクエル100mg錠に変更して処方する際、処方量を間違えた事例など、類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 7 8の集計期間後の2013年4月以降に報告された再発・類似事例は10件であった（図表Ⅲ-3-2）。

図表Ⅲ-3-2 「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2013年		1	0	0	1
2014年	0	1	0	0	1
2015年	1	1	0	2	4
2016年	0	0	1	1	2
2017年	0	0	0	0	0
2018年	0	0	0	2	2

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 7 8 「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.78 2013年5月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.78 2013年5月

持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い

持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例が4件報告されています（集計期間2009年1月1日～2013年3月31日、第9回報告書「個別のテーマの検討状況」(P74)の一部を掲載）。

持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例が報告されています。

持参した薬剤	院内で処方した薬剤	間違えた量	処方量間違いの背景
ハルシオン錠0.125mg 1錠	ハルシオン錠0.25mg 1錠	2倍	
アスベリンカプセル10mg 4カプセル	アスベリンカプセル20mg 4カプセル	2倍	持参薬と同じ規格がなかった
ヒダントールF配合錠 6錠	ヒダントール錠100mg [®] 6錠	4倍	
アスベリン錠10mg 6錠	アスベリン錠100mg/片 6錠	10倍	持参薬と同じ剤形がなかった

®ヒダントールF配合錠とヒダントール錠100mgの有効成分は、ヒダントール配合錠は、12錠中にフェニトイン40mg、アムピロピタール100mgなどが含まれる。ヒダントール錠100mgは、1錠中にフェニトイン100mgが含まれる。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.78 2013年5月

持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い

事例 1

入院後、患者は持参薬を内服していたが、薬が足りなくなったため、医師は院内処方に切り替えた。その際、紹介状にアスベリンカプセル10 4錠（分2 錠分2錠）と記載して変更のを承認した。そこで、コンピュータにアスベリンと入力したところ、院内では10mgの規格は採用されておらず、アスベリンカプセル20mgのみが表示された。アスベリンカプセル20mgで処方したため、処方量が増えたと気づいた。担当医師が処方量を確認し、4カプセルを分2で処方した。患者は退院から5日後の朝に自宅で虚汗を繰り返し、他院に緊急搬送された。

事例 2

入院時、患者は他院で処方されたヒダントールF配合錠 6錠を分2で内服していた。院内処方に切り替える際、医師はヒダントールF配合錠とヒダントール錠に含まれるフェニトインの量や有効成分の有無を確認することを怠り、処方内容に合ったヒダントール錠100mg 6錠を分2で処方した。薬剤師は紹介状に気付かず、処方通りに調剤した。次の処方を見直しする際、薬剤師がフェニトインの量が1日量の上限を超えることを疑念を抱いたため、医師は紹介状に気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 持参薬から院内の処方に切り替える際の処方時は、規格、剤形、成分量に注意して入力する。
- 持参薬から院内の処方に切り替える際は、可能な限り薬剤師が介入する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として集合編集された医学論文の形式で、医療機関の発生・予防・再発防止のための参考資料として提供されています。当事業の進捗等の詳細については、当機関ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.amed-saku.jp/

※この情報の正確性・信頼性・正確性については万全を期してはおりますが、その内容を転載した場合は保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の職業を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したがるものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
E101-0081 東京都千代田区三崎町1-4-17 東京ビル
電話：03-5217-0253(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.jcphc.or.jp/

（２）事例の概要

１）関連診療科

事例の関連診療科を整理して示す。

図表Ⅲ - 3- 4 関連診療科

関連診療科	件数
呼吸器内科	2
外科	2
循環器外科・心臓血管外科	2
循環器内科	1
消化器科	1
消化器外科	1
精神科	1
整形外科	1
乳腺・内分泌外科	1

※関連診療科は複数選択が可能である。

２）当事者職種

報告された事例の当事者職種を示す。薬剤を処方した医師のほか、調剤した薬剤師、与薬に関わった看護師が当事者として報告されていた。

図表Ⅲ - 3- 5 当事者職種

当事者職種	件数
医師	10
薬剤師	6
看護師	5

※当事者は複数選択が可能である。

３）患者への影響

対象事例10件のうち、何らかの治療が必要となった事例が8件と多く含まれていた。治療の程度は、軽微な治療が7件と多く、濃厚な治療が選択された事例は1件であった。濃厚な治療が選択された事例は、持参薬のリーマス100mgから院内で採用されているリーマス200mgに切り替えた際、持参薬と同様に1日2錠処方したため、処方量が2倍になった事例であった。

図表Ⅲ - 3- 6 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	1
軽微な治療	7
治療なし	2
合計	10

4) 気付いたきっかけ

処方量間違いに気付いたきっかけを整理した。処方量が過量であったことから患者に症状が出現し、処方を確認した事例が複数報告されていた。また、患者が退院後も、誤った処方量の薬剤を自宅で継続して内服していた事例も報告されていた。誤った内容で処方されると、その後も同じ内容で処方が継続されることにつながるため、最初に院内の処方に切り替える際の確認が重要である。

図表Ⅲ - 3 - 7 気付いたきっかけ

気付いたきっかけ
<ul style="list-style-type: none"> ・患者に症状が出現し、処方を確認した。（複数報告あり） ・患者に症状が出現し、血中濃度を測定した。 ・看護師が持参薬鑑別書を見た。 ・6回目の処方の際、薬剤師が用量が過量であることに気付いた。 ・退院後、外来で継続して処方したところ、保険薬局から疑義照会があった。 ・退院時処方を自宅で内服したところ、症状が出現し、患者が処方量間違いに気付いた。

5) 事例の分類

事例に記載された内容から、以下のように事例を分類した。

図表Ⅲ - 3 - 8 事例の分類

事例の分類		件数	
持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった		5	
選択・入力間違い	持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた	2	4
	持参薬と同じ錠剤があったが、数量の入力を間違えた	1	
	持参薬と同じ散剤があったが、単位を間違えた	1	
持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した		1	
合計		10	

（3）規格を変更した際に数量を変更しなかった事例

持参薬から院内の処方に切り替える際の処方量間違いの事例のうち、持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった事例が5件と最も報告が多かった。そこで、これらの事例について分析を行った。

1) 事例の内容

主な事例を図表Ⅲ - 3 - 9 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 9 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	他院からクエチアピン錠25mg「サンド」3錠分3を処方されていた患者が、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。当院にクエチアピン錠25mgの採用はなく、規格の異なるセロクエル100mg錠が採用されていた。薬剤師は「成分量違い・剤型一致」として、セロクエル100mg錠：クエチアピン錠25mg「サンド」の1錠はセロクエル100mg錠の0.25錠に相当します、と持参薬鑑別書に代替薬を入力した。医師は持参薬から院内採用の代替薬に切り替え翌日開始の内服を処方した。その際、医師は代替薬のセロクエル100mg錠を3錠分3で処方した。入院翌日、薬剤部からセロクエルが払い出された。看護師は処方通り配薬した。患者はセロクエル100mg錠を朝昼食後服用し、傾眠となった。夕方、看護師が持参薬鑑別書に「クエチアピン錠25mg1錠はセロクエル100mg錠0.25錠分に相当する」と記載されているのを見て、4倍量処方に気付いた。麻痺などはなくCTでも頭蓋内病変はなかった。患者は夜間薬剤性傾眠のため無呼吸や酸素化の低下、低血圧を認めた。翌朝患者は覚醒した。	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る。薬剤規格の確認が不足した。患者が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とは気づきにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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、電子カルテの操作時の確認が必要である。 持参薬から院内処方へ切り替えがある際は、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。
2	持参薬のプロプレス錠2mg1錠を退院時処方する際、誤ってプロプレス錠4mg1錠を処方した。患者は自宅で4mgを内服後、低血圧であること、処方薬の用量が異なることに気づき、内服を自己中断した。	患者の退院当日の午前、退院直前に行った処方であり、確認を行う時間的・心理的余裕がなかった。プロプレス錠2mgは院内採用がなく、4mgを0.5錠で処方しなければならなかったが、医師が誤って1錠で処方した。薬袋を渡す際は、使用していた薬袋との照合を行うルールであったが、焦りがあり確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 処方時の確認を徹底する。 それまでの処方薬や持参薬と異なった処方にした時は注意喚起する。 持参薬が院内採用薬に切り替わる際は、薬剤名や用量を慎重に確認する。 患者に薬袋を渡す際、6Rに沿って確認を行う。

2) 処方量間違いの内容

事例に関連した薬剤と間違えた量を整理して示す。持参薬と同じ規格の薬剤が院内で採用されておらず、規格を変更する場合には、数量を調整して同じ処方量にする必要があるが、持参薬と同じ数量を処方したため処方量間違いとなっていた。

図表 III - 3 - 1 0 処方量間違いの内容（規格を変更した際に数量を変更しなかった事例）

持参した薬剤		院内で処方した薬剤		間違えた量
クエチアピン錠 25 mg	3錠分3	セロクエル 100 mg 錠	3錠分3	4倍
シベノール錠 50 mg	4錠分2	シベンゾリンコハク酸塩錠 100 mg	4錠分2	2倍
プロプレス錠 2 mg	1錠分1	プロプレス錠 4 mg	1錠分1	2倍
リーマス錠 100 mg	4錠分2	リーマス錠 200 mg	4錠分2	2倍
	2錠分2		2錠分2	2倍

※屋号は除いて記載した。

3) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表 III - 3 - 1 1 主な背景・要因

○処方時の確認不足	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬から院内で採用されている薬剤に切り替える際の確認が不十分であった。 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るが、規格が持参薬と異なることの確認が不足した。 患者の退院当日の午前、退院直前に行った処方であり、確認を行う時間的、心理的余裕がなかった。
○患者に渡す際の確認不足	<ul style="list-style-type: none"> 薬袋を渡す際は、使用していた薬袋との照合を行うルールであったが、焦りがあり確認を行わなかった。

4) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策の主な改善策を整理して示す。

図表 III - 3 - 1 2 事例が発生した医療機関の改善策

○処方時の確認	<ul style="list-style-type: none"> 処方時は、必ず用量を確認する。 処方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。
○病棟での確認	<ul style="list-style-type: none"> 病棟での確認をマニュアルに準じて確実にを行う。 病棟薬剤師による処方内容の確認を確実にを行う。
○薬剤の採用	<ul style="list-style-type: none"> リーマス錠 100 mg を当院で処方可能とし、処方時に電子カルテの検索画面で2規格あることを注意喚起するように変更した。
○その他	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全に関する会議で検討し、関係部署に対する注意喚起を行った。

（４）処方時に選択・入力を間違えた事例

処方時に選択・入力を間違えた事例について、概要を整理して示す。

１）持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例

持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例は２件あり、持参薬から院内で採用されている薬剤に変更する際に規格の選択を間違えた事例と、持参薬と同じ薬剤を処方する際に規格の選択を間違えた事例であった。

図表Ⅲ - 3- 1 3 処方量間違いの内容
(持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例)

持参した薬剤	院内で処方した薬剤	間違えた量
メインテート錠0.625mg	ビソプロロール fumarate 5mg	8倍
オキシコンチン錠5mg	オキシコンチン錠20mg	4倍

※屋号は除いて記載した。

２）持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例

持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例の内容を整理して示す。錠剤の数量の入力間違いは、持参薬からの処方の切り替えの際に限らず起こり得る間違いであり、処方時の基本的な確認が必要である。散剤は、製剤量と成分量が異なること、医療機関によって単位の初期設定が異なる場合があることから、同じ薬剤であっても持参薬から院内の処方に切り替える際に間違いが起りやすいと考えられる。

図表Ⅲ - 3- 1 4 処方量間違いの内容
(持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例)

分類		薬剤名	持参薬の処方量	誤って処方した量	間違えた量
錠剤	数量の入力間違い	フロセミド錠 40mg	1錠	4錠	4倍
散剤	単位間違い	リスペリドン細粒 1%	5mg	5g (製剤量) (成分量として50mg)	10倍

※屋号は除いて記載した。

（５）持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した事例

配合薬の成分量を誤認した事例は1件あり、ヒダントールF配合錠をヒダントールD配合錠に切り替えた事例であった。この事例では、添付文書の組成に記載されている有効成分の量が12錠中であることに薬剤師が気付かず、1錠中の含有量であると誤って解釈したことにより、フェニトインを75mg追加するところ900mg追加する間違いが起きていた。

図表Ⅲ - 3 - 15 処方量間違いの内容
（持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した事例）

持参した薬剤		院内で処方した薬剤		間違えた量
処方内容	有効成分	処方内容	有効成分	
ヒダントールF 配合錠9錠	フェニトイン225mg フェノバルビタール75mg 安息香酸ナトリウム カフェイン150mg	ヒダントールD 配合錠9錠	フェニトイン150mg	フェニトイン 約4.7倍
			フェノバルビタール75mg	
アレピアチン錠 100mg9錠	フェニトイン900mg			

（６）まとめ

本報告書では、持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違いについて、医療安全情報 No. 78の提供後に報告された10件の事例を分析した。事例の概要では、関連診療科、当事者職種、患者への影響、気付いたきっかけをまとめた。報告された事例のうち、持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった事例が多かった。これらの事例について、処方量間違いの内容をまとめ、主な背景・要因や事例が発生した医療機関の改善策を紹介した。また、その他の事例の処方量間違いの内容を整理して示した。

持参薬を院内の処方に切り替える際、規格が変更になる場合は特に処方量に注意して確認する必要がある。また、持参薬を院内の処方に切り替える際に処方量を間違えると、患者はその後長期に渡り誤った処方量で服用を続けるおそれがある。初回の処方時に処方内容を持参薬鑑別書と照合することや、病棟薬剤師が介入して確認を行うことが重要である。