

【2】院外で粉碎調剤された持参薬の与薬に関連した事例

患者が入院する際、他の医療機関や薬局など入院先の医療機関以外で調剤された薬剤を持参することがある。本事業には、持参薬に関連する事例が報告されており、これまでに「入院時の持参薬の確認」や「持参薬の処方・指示」など発生段階に応じて医療安全情報などで持参薬に関する様々な内容を取り上げてきた。

入院時の持参薬の確認については、医療安全情報No.39「持参薬の不十分な確認」¹⁾（2010年2月提供）で、入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例について注意喚起を行った。持参薬の処方・指示については、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」²⁾（2013年5月提供）を提供し、その後も類似の事例の報告があったため、医療安全情報No.206「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（第2報）」³⁾（2024年1月提供）で、薬剤師が持参薬の量を誤って登録し、そのままの量で投与された事例についても注意喚起を行っている。また、医療安全情報No.169「持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ」⁴⁾（2020年12月提供）では、入院時、持参薬鑑別書の情報や確認が不足したことにより、持参薬の処方内容を継続するための処方・指示が漏れた事例を取り上げた。

今回、本報告書の分析対象期間（2025年1月～3月）に、院外で粉碎調剤された持参薬の薬包に印字された内容を看護師が誤って認識し、患者に過量に与薬した事例が1件報告された。そこで、院外で粉碎調剤された持参薬の与薬に関連した事例を過去に遡って検索し、分析を行った。

（1）報告状況

1) 対象とする事例

2021年1月～2025年3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。事例に記載された内容から、院外で粉碎調剤された持参薬の薬包に印字された内容を看護師が誤って認識し、患者に過量に与薬した事例を対象とした。

2) 報告件数

2021年1月～2025年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は2件であった。

図表Ⅲ－２－１ 報告件数

報告年	2021	2022	2023	2024	2025 (1月～3月)	合計
件数	0	0	0	1	1	2

(2) 事例の概要

1) 持参薬の概要

報告された事例の持参薬の概要について以下に示す。いずれも薬局で粉碎調剤されており、薬包に印字される内容が入院先の医療機関とは異なり、薬包1包あたりの薬剤の量が印字されていなかった。

図表Ⅲ－２－２ 持参薬の概要

事例1				
調剤場所		薬局		
販売名		カロナール錠200	薬効分類	解熱鎮痛剤
1回の服用量		1000mg		
持参した 薬袋	内服薬 〇〇 〇〇 様 1日4回 毎食前・就寝前 カロナール錠200 200mg 1回5錠	持参した薬包	カロナール錠200 200mg ※1包に200mg 5錠分（1000mg）	
		本来与薬すべき量	1包/回	
		誤って与薬した量	5包/回	
事例2				
調剤場所		薬局		
販売名		サーティカン錠0.25mg	薬効分類	免疫抑制剤（mTOR阻害剤）
1回の服用量		朝1.0mg、夕0.75mg		
持参した 薬袋	内服薬 〇〇 〇〇 様 1日2回 朝食後 / 夕食後 サーティカン錠0.25mg 朝4錠、夕3錠	持参した薬包（朝）	朝食後 サーティカン錠 ※1包に0.25mg 4錠分（1.0mg）	
		持参した薬包（夕）	夕食後 サーティカン錠 ※1包に0.25mg 3錠分（0.75mg）	
		本来与薬すべき量	朝1包、夕1包	
		誤って与薬した量	朝4包、夕3包	

2) 事例に関わった職員の薬包に対する認識と誤りを発見した契機

事例に関わった職員の薬包に対する認識と誤りを発見した契機を以下に示す。いずれも、薬剤師は薬包に印字された内容を正しく認識していたが、看護師が薬包に印字された内容を誤って認識し、過量与薬に至っていた。

図表Ⅲ－２－３ 事例に関わった職員の薬包に対する認識と誤りを発見した契機

	事例1	事例2
事例に関わった職員	医師/薬剤師/看護師3名	医師/薬剤師/看護師複数名
医師の認識	不明	持参薬が錠剤ではなく、粉碎調剤されていることを知らなかった。
薬剤師の認識	持参薬の薬包の印字は、院内の印字とは異なるが、薬局で調剤した場合は一般的であると認識しており、持参薬報告書の備考欄に「1包＝5錠＝1000mg」と記載していた。	持参薬の薬包1包あたりの薬剤の量を薬局に確認し、薬包1つに1回量である4錠分または3錠分が入っていることを認識したが、看護師に伝えなかった。
看護師の解釈	薬包に印字されていた「カロナール錠 200 200mg」の200mgを薬包1包あたりの薬剤の量と思い込んだ。	夕分の薬包の中の1包にマジックで0.25mgと書かれたものがあり、全ての薬包1包に0.25mg1錠分が入っていると思い込んだ。
発見者と発見した契機	翌日の日勤看護師が1日分を準備する際、持参薬の残数が処方カレンダーより明らかに少ないことから過量与薬に気付いた。	処方を依頼された主治医が、14日分あった持参薬が入院8日目の朝になくなったことを疑問に思い、過量与薬に気付いた。

3) 患者の状態と患者への影響

患者の状態と患者への影響を以下に示す。

図表Ⅲ－２－４ 患者の状態と患者への影響

	事例1	事例2
患者の年代	60歳代	10歳未満（幼児）
入院中の内服管理	看護師管理	看護師管理
薬剤の投与経路	胃瘻から経管投与	不明
事故の程度	不明	障害なし
治療の程度	軽微な治療	治療なし

(3) 事例の内容

報告された事例2件を紹介する。

図表Ⅲ－２－５ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	患者は、上咽頭がんに対する放射線療法と化学療法の実施後、口腔粘膜炎と発熱のため、アセトアミノフェン4000mg/日を内服中であった。当院の外来で「カロナール錠200mg 1回1000mg（1日4000mg）粉碎 1日4回服用 毎食前と就寝前」が処方されていた。患者は口腔粘膜炎で内服できないため、薬剤を胃瘻から投与しており、薬剤は薬局で粉碎調剤されていた。症状が悪化したため入院した際、薬剤師が持参薬報告書を作成し、その後、医師が夕分から持参薬開始の指示を出した。看護師Aは、処方カレンダーの指示の内容と薬剤を照合した。その際、薬包に「カロナール錠200 200mg」と印字されていたため、看護師Aは1包200mgと思い、医師の指示量である1000mg/回となるように5包ずつ、夕、眠前、朝分と配薬した。夜勤看護師Bは、配薬された薬剤を投与した。翌日の日勤看護師Cが、1日分を準備しようとしたところ、持参薬の残数が処方カレンダーより明らかに少ないことに気付いた。薬袋には「カロナール錠200 200mg 1回5錠」と記載されており、持参薬報告書には「1包＝5錠＝1000mg」と記載されていた。前日の日勤看護師Aと夜勤看護師Bに確認したところ、それぞれ1回に5包を与薬しており、1000mg×5包＝5000mg/回が3回与薬され、入院後24時間でアセトアミノフェン15000mgが与薬されていたことがわかった。	・本事例の処方が院内で調剤された場合は、薬包に薬剤名と成分量が印字される。しかし、本事例における薬局では、薬包に診療報酬情報提供サービスの医薬品マスターの品名である「カロナール錠200 200mg」が印字されており、薬包1包あたりの薬剤の量が印字されているわけではなかった。 ・薬剤師は、本事例の薬包に印字された内容は院内で薬包に印字される内容とは異なるが、薬局で調剤した場合は一般的であると認識していた。 ・薬剤師は持参薬報告をする際、看護師に口頭で「1包＝1000mg」と伝えなかった。 ・看護師Aは、薬袋に「カロナール錠200 200mg 1回5錠」と記載されていたため、1包あたり200mgの薬包になっており、1回に5包与薬すると思い込んだ。 ・当院の薬包に印字される内容に慣れていた看護師は、薬包に印字されていた「カロナール錠200 200mg」の200mgを薬包1包あたりの薬剤の量と思い込んだ。そのため、1000mgとなるように5包を与薬した。 ・看護師は、持参薬報告書の備考欄に記載されていた「1包＝5錠＝1000mg」を確認していなかった。 ・看護師にとって、1包1000mgの粉碎調剤となっていることや、薬包に印字された内容が院内で調剤されたものと異なることは、想定外であった。	・院内の処方では、「1回1000mgを1日4回服用」と服用量を指示していたが、今回、薬袋には1回5錠と記載されていた。錠剤が粉碎調剤されていたため、「1回5錠/包」と記載されているとわかりやすい。 ・薬剤師と看護師の情報共有の方法を検討し、職種間のコミュニケーションを改善する。 ・薬局では、診療報酬情報提供サービスの医薬品マスターを用いて薬包に印字することがあるため、現在使用されている医薬品マスター「カロナール錠200 200mg」「カロナール錠300 300mg」「カロナール錠500 500mg」について、勘違いされない名称への変更が望まれる。 ・すぐに医薬品マスターの名称を変更することは難しいと思われるため、当面の対策として、粉碎調剤された持参薬は、医療機関や薬局によって薬包に印字される内容が様々であり注意が必要なこと、粉碎調剤された薬剤については、慎重に確認する必要があることを周知する。 ・本来はどこで調剤しても薬包に印字される内容が統一されることが望ましい。薬包に成分量が印字されていれば、患者や医療者皆が認識でき、最も安全であると考えられる。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
2	腎移植後1年経過した患者（幼児）が、精査目的で入院した。患者は入院時に粉碎調剤されたサーティカン錠を14日分持参し、入院後は持参薬のサーティカン錠0.25mg朝4錠、夕3錠の内服指示があった。入院8日目の朝、持参薬がなくなったため、副担当看護師が主治医に処方依頼を依頼した。主治医は、持参薬がなくなったことを疑問に思い、副担当看護師に確認したところ、副担当看護師から過量与薬の可能性について報告があった。入院3日目の朝から入院7日目の朝まで、サーティカン錠0.25mgを、朝4錠分を1包のところを4包、夕3錠分を1包のところを3包与薬していたことがわかった。腎生検の影響が過量与薬の影響かは判断できないが、患者のクレアチニン値が軽度上昇し、退院を1日延期した。	- 持参薬は錠剤が粉碎調剤されたもので、薬袋には「0.25mg 朝4錠、夕3錠」と記載があったが、ひとつひとつの薬包には内服のタイミング（朝食後/夕食後）と「サーティカン錠」としか印字されておらず、1包の容量が判断できなかった。 - 薬袋は、通常の見方をすれば1包内に4錠または3錠と読み取ることができるが、夕分の薬包の1包にのみマジックで0.25mgと書かれたものがあったため、看護師はこれを見て全ての薬包1包に0.25mg1錠分が入っていると思い込んだ可能性がある。 - 薬剤師は、持参薬の薬包1包あたりの薬剤の量を薬局に確認し、薬包1包に1回量である4錠分または3錠分が入っていることを認識していたが、看護師に伝えなかった。 - 与薬した看護師は、1回の薬包が4包または3包あることに疑問を抱かなかった。 - 副担当看護師は、14日分の持参薬が入院8日目になくなったことに疑問を抱かなかった。 - 主治医は、持参薬が錠剤ではなく粉碎調剤されていることを知らなかった。 30年以上経験のある看護師は、1回4錠または3錠を粉碎調剤する場合、1包1錠にすることはないと感じたが、経験の浅い看護師は疑問を抱かず、1回に与薬する薬包が多いことにも疑問を抱かなかった可能性がある。	- 看護師は、持参薬を準備する際に残薬数を確認し、残りの薬包数に間違いがないか確認する。 - 粉碎調剤された錠剤は、1回分をまとめて一包化していることを教育する。
〈参考〉サーティカン錠の粉碎について ⁵⁾			
製品名（会社名）		可否	理由
サーティカン錠0.25mg（ノバルティス）		×（△）	光に対して不安定及び吸湿性がある
サーティカン錠0.5mg（ノバルティス）		×（△）	〔著〕抗悪性腫瘍剤のため粉碎せず懸濁する。やむを得ず粉碎する場合は、安全キャビネット内で行うなど調剤者の曝露に注意すること。防湿・遮光保存
サーティカン錠0.75mg（ノバルティス）		×（△）	
可否判定　×：不可、△：条件付きで可。〔著〕：著者コメント			

(4) 事例の背景・要因

報告された事例の主な背景を整理して示す。

図表Ⅲ－２－６ 事例の背景・要因

○医療機関と薬局における薬包に印字される内容の違い

- ・ 院内で調剤された場合は、薬包に薬剤名と成分量が印字される。しかし、本事例における薬局では、薬包に診療報酬情報提供サービスの医薬品マスターの品名である「カロナール錠200 200mg」が印字されており、薬包1包あたりの薬剤の量が印字されているわけではなかった。
- ・ 持参薬は錠剤が粉碎調剤されたもので、薬袋には「0.25mg 朝4錠、夕3錠」と記載があったが、ひとつひとつの薬包には内服のタイミング（朝食後/夕食後）と「サーティカン錠」としか印字されておらず、1包あたりの薬剤の量が判断できなかった。
- ・ 薬袋は、通常の見方をすれば1包内に4錠または3錠と読み取ることができるが、夕分の1包にのみマジックで0.25mgと記載されたものがあったため、看護師はこれを見て全ての薬包1包に0.25mg1錠分が入っていると思い込んだ可能性がある。

○薬剤師と看護師の認識の違い

【薬剤師】

- ・ 薬剤師は、本事例の薬包に印字された内容は院内で薬包に印字される内容とは異なるが、薬局で調剤した場合は一般的であると認識していた。

【看護師】

- ・ 院内で調剤された場合は、薬包に薬剤名と成分量が印字される。院内で調剤された薬包に印字される内容に慣れていた看護師は、薬包に印字されていた「カロナール錠200 200mg」の200mgを内容量であると思い込んだ。
- ・ 看護師は、薬袋に「カロナール錠200 200mg 1回5錠」と記載されていたため、1包あたり200mgの薬包になっており、1回に5包与薬すると思い込んだ。
- ・ 看護師にとって、1包1000mgの粉碎調剤となっていることや、薬包に印字された内容が院内で調剤されたものと異なることは、想定外であった。
- ・ 与薬した看護師は、1回の薬包が4包または3包あることに疑問を抱かなかった。
- ・ 30年以上経験のある看護師は、1回4錠または3錠を粉碎調剤する場合、1包1錠にすることはないと感じたが、経験の浅い看護師は疑問を抱かず、1回に与薬する薬包が多いことにも疑問を抱かなかった可能性がある。

○薬剤師と看護師のコミュニケーション不足

- ・ 薬剤師は持参薬報告をする際、看護師に口頭で「1包＝1000mg」と伝えなかった。
- ・ 看護師は、持参薬報告書の備考欄に記載されていた「1包＝5錠＝1000mg」を確認していなかった。
- ・ 薬剤師は持参薬の薬包1包あたりの薬剤の量を薬局に確認し、薬包1包に1回量の4錠分または3錠分が入っていることを認識していたが、看護師に伝えていなかった。

(5) 医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－２－７ 医療機関から報告された改善策

○粉碎調剤された持参薬に関する注意喚起

- ・ 粉碎調剤された持参薬は、医療機関や薬局によって薬包に印字される内容が様々であり注意が必要なことを周知する。
- ・ 粉碎調剤された持参薬については、慎重に確認する必要があることを周知する。
- ・ 粉碎調剤された錠剤は、1回分をまとめて一包化していることを教育する。

○薬剤師から他職種への情報共有

- ・ 薬剤師と看護師の情報共有の方法を検討し、職種間のコミュニケーションを改善する。

○薬包に印字する内容の改善

- ・ 院内の処方では、「1回1000mgを1日4回服用」と服用量を指示していたが、今回、薬袋には1回5錠と記載されていた。錠剤が粉碎調剤されていたため、「1回5錠/包」と記載されているとわかりやすい。
- ・ 本来はどこで調剤しても薬包に印字される内容が統一されることが望ましい。薬包に成分量が印字されていれば、患者や医療者皆が認識でき、最も安全であると考えられる。

○その他

- ・ 看護師は、持参薬を準備する際に残薬数を確認し、残りの薬包数に間違いがないか確認する。
- ・ 薬局では、診療報酬情報提供サービスの医薬品マスターを用いて薬包に印字することがあるため、現在使用されている医薬品マスター「カロナール錠200 200mg」「カロナール錠300 300mg」「カロナール錠500 500mg」について、勘違いされない名称への変更が望まれる。

(6) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例

本事業を運営している医療事故防止事業部では、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を運営している。同事業では、広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例を「共有すべき事例」として選定し、「事例のポイント」を付して情報提供している。「共有すべき事例（2025年No.1）事例1：分包紙の印字が一因となった服用間違い」⁶⁾では、患者の家族が粉碎調剤された薬剤の分包紙に印字された内容を見て薬包1包あたりの薬剤の量を誤認し、処方された用量の2倍の薬剤を患者に服用させた事例を紹介している。

〈参考〉薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例（2025年No.1）

事例1：分包紙の印字が一因となった服用間違い



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

調剤

2025年
No.1
事例1

分包紙の印字が一因となった服用間違い



事例

【事例の詳細】
 往診した医師から患者にシタフロキサシン錠50mg「サワイ」1回2錠 1日1回 朝食後10日分が処方され、錠剤を粉碎するよう指示があった。処方箋を応需した薬剤師は指示通りに薬剤を粉碎して1包に1回量(2錠)を分包した。分包紙には「シタフロキサシン錠50mg 朝食後」と印字し、薬袋には「1回1包」と記載した。薬剤を受け取りに来た家族Xに1日1回1包ずつ服用するよう説明して交付した。一方、往診時に医師からシタフロキサシン錠を1回に100mg服用させるよう指示された家族Yは、分包紙の印字を見て1包にシタフロキサシン錠50mg1錠が入っていると思い、患者に1回に2包を服用させた。後日、家族Yから薬剤が足りないと言及し、電話があり、服薬状況を確認したところ、患者は1回2包を服用していたことが判明した。

【背景・要因】
 家族Xが薬剤を受け取り、家族Yが患者に服用させた。家族Xは、薬剤師から説明された内容を家族Yに伝えなかった。薬剤師は、家族Yがシタフロキサシン錠を1回に100mgずつ患者に服用させるよう医師から指示されていたことを知らなかった。

【薬局から報告された改善策】
 錠剤を粉碎する際、分包紙の印字を用法のみにするか、あるいは薬剤名も併せて印字するかは患者の状況に応じて判断する。薬剤名を分包紙に印字する場合は1包あたりの錠数も併せて印字する手順とし、薬局のスタッフに周知した。



その他の情報

本事例における分包紙の印字と薬袋の表記

処方内容	分包紙の印字	薬袋の表記
シタフロキサシン錠50mg 1回2錠 1日1回 朝食後	シタフロキサシン錠50mg 朝食後	1回1包



事例のポイント

- 本事例は、患者の家族が分包紙の印字をみて、処方された用量の2倍の薬剤を患者に服用させた事例である。
- 薬剤を粉碎して交付した場合、患者や家族などは分包された薬剤やその量を目視で確認することが難しいため、分包紙に印字する内容は重要である。
- 本事例の改善策には、錠剤を粉碎する際は、分包紙の印字を用法のみにするか、薬剤名も印字するかは患者の状況に応じて判断すると記載されている。本来は、分包紙内の薬剤の薬剤名、錠数、服用時点などの情報を印字することが望ましいが、分包紙に印字できる文字数は限られているため、処方内容や患者の服用・生活状況を考慮したうえで印字内容を選択する必要がある。



**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**

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
 電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<https://www.yakyokuh-hiaryu-jcqhc.or.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。※この情報は、医療従事者の職責を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内部等について、読みやすくするための文章の一部を修正することがあります。そのため、「事例検索」で閲覧できる事例の内部等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。

(7) まとめ

本テーマでは、院外で粉碎調剤された持参薬の与薬に関連した事例について分析を行った。事例の概要では、持参薬の概要や事例に関わった職員の薬包に対する認識と発見した契機、患者の状態と患者への影響を示した。さらに、報告された事例2件を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と改善策をまとめて示した。

院外で粉碎調剤された薬包に印字された内容が自施設と異なっていたことから、薬包に印字された内容を誤って認識し、過量与薬に至った事例が発生している。今回紹介した事例のように、錠剤を粉碎調剤すると薬包1包あたりの薬剤の量の鑑別が困難になる。薬包に印字する内容については、現在統一されたルールがなく、各医療機関や薬局で異なっていることを認識しておくことが必要である。報告された2事例とも、薬剤師は薬局に確認するなどして薬包1包あたりの薬剤の量を正しく認識していたが、その情報が看護師に伝わらず、看護師が薬包に印字された内容を誤って認識し、過量与薬に至っていた。持参薬を入院後も継続して使用する場合、薬剤師は、看護師に薬包1包あたりの薬剤の量を確実に伝える必要がある。看護師が与薬する時に薬包1包あたりの薬剤の量が明確でない場合は、薬剤師に相談できる体制とすることが望まれる。院外で粉碎調剤された持参薬は、薬包に印字された内容を誤って認識するリスクがあることを踏まえ、入院中は院内処方へ切り替えることも対策として考えられる。

(8) 参考文献

1. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.39「持参薬の不十分な確認」. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_39.pdf (参照2025-04-10).
2. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 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」. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_78.pdf (参照2025-04-10).
3. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.206「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い (第2報)」. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_206.pdf (参照2025-04-10).
4. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.169「持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ」. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_169.pdf (参照2025-04-10).
5. 佐川 賢一、木村 利美監修／佐川 賢一、伊東 俊雅編集. 錠剤・カプセル剤粉碎ハンドブック 第8版. 株式会社じほう. 2019年.
6. 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. 共有すべき事例 (2025年No.1) 事例1：分包紙の印字が一因となった服用間違い. https://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing_case_2025_01.pdf (参照2025-04-10)