

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)

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が報告されています。

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)で情報提供しました。その後、2019年1月1日～2023年11月30日に7件の事例が再び報告されています。この情報は、第70回報告書「再発・類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

事例1のイメージ



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)**事例1**

患者は、「ラニラピッド錠**0.05mg** 2錠 1日1回朝食後」と他2剤を服用していた。病棟薬剤師は、持参薬と薬剤情報提供書をもとに持参薬鑑別書を作成した際、誤ってラニラピッド錠を「**0.1mg** 2錠 1日1回朝食後」と登録した。翌日、主治医は持参薬鑑別書の通りに処方した。その後、患者より薬の量が今までと違うと言われ、看護師は病棟薬剤師に伝えた。確認したところ、正しくは「ラニラピッド錠0.05mg」であったことが分かった。

事例2

患者は他院で「リボトリール細粒0.1% 0.5g(製剤量) 1日2回朝夕食後」が処方されていた。入院時、薬剤師は、持参薬とお薬手帳をもとに持参薬鑑別書を作成した。当該医療機関では成分量で報告することになっており、「1日**0.5mg**」とするところ、計算を間違えて「1日**5mg**」と登録した。担当医は、持参薬鑑別書の通りにリボトリール細粒0.1%を「1日5mg」で処方した。その後、患者は傾眠傾向になった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- **薬剤師は、持参薬の鑑別の際に参照したお薬手帳や薬剤情報提供書などの情報を電子カルテに残し、確認できるようにする。**

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

取り組みのポイント

- **薬剤師は、持参薬の情報が誤って登録されると、その後の訂正は難しく、誤処方につながる可能性があることを認識しましょう。**

(総合評価部会)

※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、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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。

<https://www.med-safe.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、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりす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

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<https://www.med-safe.jp/>