

第1回
内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会
議事次第

平成21年5月25日(月)
17:00~19:00
厚生労働省共用第6会議室(2階)

議題

- 1 内服薬処方せんの記載方法の在り方について
- 2 その他

配付資料

- 資料1 「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」開催要綱
- 資料2 内服薬処方せんの記載方法に関する現状の整理
- 資料3 厚生労働科学研究について(齊藤壽一委員)

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会 開催要綱

1 趣旨

本検討会においては、医療安全の観点から、内服薬処方せんの記載方法に係る課題やその標準化など、今後の処方せんの記載方法の在り方について、幅広く検討を行うこととする。

2 検討課題

- 1) 内服薬処方せんの記載方法に関する医療安全上の問題
- 2) 内服薬処方せんの記載方法に関する今後の在り方

3 検討会の位置づけ等

医政局長による検討会（検討会の庶務は医政局総務課医療安全推進室で行う）

4 検討会のメンバー

別添のとおり

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会

五十音順

飯沼 雅朗	日本医師会常任理事
岩月 進	日本薬剤師会常務理事
江里口 彰	日本歯科医師会常務理事
大原 信	筑波大学附属病院医療情報部長
楠岡 英雄	国立病院機構大阪医療センター院長
隈本 邦彦	江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院名誉院長
佐相 邦英	電力中央研究所社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター上席研究員
嶋森 好子	慶応義塾大学看護医療学部教授
土屋 文人	日本病院薬剤師会常務理事
永池 京子	日本看護協会常任理事
花井 十伍	特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権理事
伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療部 教授
森山 寛	東京慈恵会医科大学附属病院長
望月 正隆	東京理科大学薬学部薬学科教授

内服薬処方せんの記載方法に関する現状の整理

1. 医療安全対策検討会議からの意見（平成17年6月）

医療安全に関する対策の企画、立案及び関連事項について検討された医療安全対策検討会議において、「処方せんの記載方法等に関する意見」が医政局長あてに提出された。処方せんの記載方法等について、医師、医療機関の間で統一されておらず、そのことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故が後を絶たない状況にあり、医療安全の観点からも、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきであるとされている。

（別添1）

2. 厚生労働科学研究における調査・検討

平成14年度より、処方せんの記載方法等について、調査・検討を実施。

（別添2）

3. 医療安全情報における注意喚起

財団法人日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業において、収集した医療事故情報等を分析し、特に注意喚起が必要な事例について、概ね1月に1回の頻度で、医療機関等へ医療安全情報として情報提供している。この中で、処方せんの記載方法に関連する事例についても注意喚起を行っている。（別添3）

4. 医療事故情報収集等事業報告書における記載

財団法人日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業に報告された、薬剤に関する医療事故及び与薬準備、処方・与薬に関するヒヤリ・ハット事例は、以下のとおりである。(別添4)

[医療事故情報]

	薬剤
平成17年	57件(5.1%)/1,114件
平成18年	77件(5.9%)/1,269件
平成19年	77件(6.1%)/1,266件

[ヒヤリ・ハット事例]

	与薬準備	処方・与薬	調剤・製剤管理等
平成17年	3,535件(1.9%)/182,898件	47,535件(26.0%)/182,898件	7,343件(4.0%)/182,898件
平成18年	3,747件(1.9%)/195,609件	46,433件(23.7%)/195,609件	6,333件(3.2%)/195,609件
平成19年	4,580件(2.2%)/209,216件	46,056件(22.0%)/209,216件	5,953件(2.8%)/209,216件

(出典：医療事故情報収集等事業 平成17～19年年報)

これらのうち、内服薬処方せんの記載に関連していると思われる医療事故及びヒヤリ・ハット事例の具体例については、別添5のとおり。

平成 17 年 6 月 8 日

厚生労働省医政局長
岩尾總一郎殿

処方せんの記載方法等に関する意見

医療安全対策検討会議
座長 高久史磨

本検討会議は、医療安全対策について議論を重ね、今般、処方せんの記載方法等に関し、別添のとおり意見をとりまとめたので、これを報告する。

処方せんの記載方法等に関する意見

当検討会議においては、医療安全対策について検討を行ってきたところであるが、ヒューマンエラー部会から処方せんの記載方法等についての意見が提出されたため、これに基づき議論を行ったところである。

処方せんについては、医師法等に基づき記載が行われているが、記載方法、記載項目等については、医師、医療機関の間で統一されておらず、そのことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故が後を絶たない状況にある。

このような認識の下、当検討会議としては、医療安全の観点からも、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきであるという結論に達したところである。

厚生労働省においては、本件について適切に対応されることを強く期待するものである。

処方せんの記載方法に関する検討の経緯

平成 14 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

病院、診療所、薬局に対しアンケート調査を実施。

- 処方せんの記載方法に統一した規格がなく、医学教育や臨床研修でも系統的な教育に乏しいことが示された。

平成 17 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

情報伝達エラーを防止するため、処方せん記載方法の「標準案」を作成。

平成 18 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

医育機関に対し、処方せん記載の現状と「標準案」に関する調査を実施。

- 処方せんの記載は、極めて多彩。
- 「標準案」に対しては、ほぼ半数が妥当と回答。
- 「標準案」実施の際には、過渡期の過ごし方が極めて重要と示された。

平成 19 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

診療所、歯科診療所、薬局に対し、18 年度と同様の調査を実施。

- 「標準案」に対して反対する意見はあるものの、全体としては肯定が多数。
- ただし、内服薬の 1 回量処方については、診療所 30%、歯科診療所 9%、薬局 58%が「妥当ではない」と回答。

平成 20 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

「標準案」導入時の課題と方策について検討。



財団法人 日本医療機能評価機構



No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています (集計期間: 2004年10月1日~2007年3月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。

指示内容

セレニカR 顆粒40% 注) 1日1250mg

医師が意図した指示内容

有効成分の量として
1日500mg (1250×0.4) の処方を意図
∴製剤の総量=1250mg
を指示

薬剤師の指示内容の解釈

有効成分の量として
1日1250mg の処方と解釈
∴製剤の総量=3125mg (1250÷0.4)
を調剤

注) 有効成分：バルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬剤〉 アレビアチン散10% フェノバル散10% など

製剤の総量と有効成分の量の間違い

事例 1

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として「セレニカR 1.25g分2朝・夕」（有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当）と記載されていた。医師は同一内容の処方箋を意図してオーダー画面に「セレニカR顆粒40% 400mg/g 1250mg 朝・夕食後」と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分（バルプロ酸ナトリウム）の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40% 3125mgを調剤した。家族から患者に嘔吐などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。

事例 2

患者は呂律がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノートに記載された「フェノバル散10% 1.5g/日」を見て同一内容の処方箋を意図して「フェノバル散10% 1500mg/日」と指示したところ、当院薬局では慣例として、「g」表示の場合は製剤の総量を、「mg」表示の場合は有効成分の量を意味したため、調剤の過程で、「mg」単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

事例が発生した医療機関の取り組み

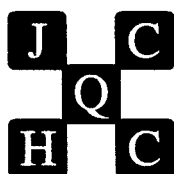
処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量が製剤の総量であるかを付記する。

※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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



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.18 2008年5月

処方表記の解釈の違いによる 薬剤量間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いが3件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日~2008年3月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載)。

**「3×」や「分3」の表記を
3倍と解釈したことによる
薬剤量の間違いが報告されています。**

〈事例1のイメージ図〉

診療録に記載された
処方内容

リン酸コデイン 10%
60mg 3×

医師Aが
意図した処方内容

1日投与量 60mg、1日3回投与、1回20mg

医師Bが解釈し
実際に処方した内容

1日投与量 180mg、1日3回投与、1回60mg

処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

事例 1

呼吸器科の医師Aは、皮膚科で入院している患者を主治医Bの依頼により診察した。医師Aは、リン酸コデイン10% 1日投与量60mgを1日3回に分けて1回20mg投与を意図して、診療録に「リン酸コデイン10% 60mg、3×をお願いします」と記載した。主治医Bは診療録の「3×」の記載を見て、1日投与量180mgを1日3回に分けて1回60mg投与だと解釈し、「リン酸コデイン180mg 分3」と処方し、患者に投与した。

事例 2

患者は他科から処方されていたアレビアチン250mg (1日量) を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレビアチンを点滴に変更した。記載された内服指示の「アレビアチン250mg 分3」を注射指示にする際、「1回250mg を1日3回投与」だと勘違いして指示を出し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

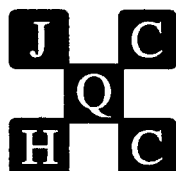
処方の際は、記載されている量が1日量か1回量かがわかるよう明確に記載する。

※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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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。



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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

医療事故情報収集等事業 概要

1. 目的

報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

2. 実施機関

(財) 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

3. 対象医療機関

対象医療機関は、次に掲げる報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

1) 報告義務医療機関 272機関 (平成20年12月31日現在)

- ① 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院 (病院分院を除く)
- ④ 特定機能病院

2) 参加登録申請医療機関 283機関 (平成20年12月31日現在)

報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

4. 報告方法及び報告期日

インターネット回線 (SSL 暗号化通信方式) を通じ、Web 上の専用報告画面を用いて報告を行う。報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関において報告の範囲に該当する医療事故が発生した場合には、当該事故が発生した日もしくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に、報告を行う。

5. 収集・分析結果の公表

収集した情報は医療事故防止事業部において専門家が分析を行い、報告書として取りまとめて医療機関、国民、行政に対して広く公表をする。

また、報告書を踏まえ必要に応じて、行政、関係団体、個別企業に対して医療安全に資すると考えられる提言・要請を行う。

6. その他

参加登録医療機関 (平成20年9月30日現在 1, 138機関) から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集、分析し、提供している。

内服薬処方せんの記載に関連した医療事故等の事例

1. 処方せんの薬名、分量、用法、用量記載に関連していると思われる誤り
2. 処方せんの1日量・1回量記載に関連していると思われる誤り
3. 成分量・製剤量記載に関連していると思われる誤り
4. その他

注1) 医療事故情報収集等事業報告書において、公表されている事例のうち、処方せんの記載に関連していると思われるものを抽出し、報告書の記載の通りに抜粋したものであり、記載されている情報以上の詳細は明らかではない。

注2) 上記1～4の類型については、事務局において便宜上分類したものである。

1. 処方せんの薬名、分量、用法、用量記載に関連していると思われる誤り

事例1)

耳鼻科より処方された薬「ムコダイン(500)3×」が終了したため、臨時に主治医が処方した。その際に主治医は日頃より処方しない薬剤のために単位を記載せずに「ムコダイン3×」と記載して処方した。院内採用薬は「ムコダイン(250)」のみであったために、薬剤部では確認せずに「ムコダイン(250)3×」で調剤し患者に渡してしまった。

(第4回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成17年10月~12月)

注) ムコダイン: 去痰剤

事例2)

診断医より外来カルテにコートリル(15-0-5)mgの内服指示の記載があった。外来診察時、医師は、コートリルを処方し、「コートリル(15-0-5)」と処方箋及びカルテに記載した。調剤を担当した薬剤師は、単位が錠数か用量かが不明であったため、外来へ出向き疑義照会を行った。医師に記載した単位が錠数であることを確認し、20錠/日で調剤を行った。コートリルの錠剤の規格は10mgであるが、医師は1mgだと思い込み、薬剤師に返答した。1ヶ月後の受診時も同様の処方を行った。更に1ヶ月後の受診の際、患者は炎症所見の悪化を認め入院した。入院担当医が外来処方を確認すると、コートリルが過剰投与されていることに気付いた。

(第14回報告書 医療事故情報 平成20年4月~6月)

注) コートリル: 副腎皮質ホルモン剤

2. 処方せんの1日量・1回量記載に関連していると思われる誤り

事例3)

持参薬ルーラン(抗精神病剤)、アキネトン(抗パーキンソン剤)を「3錠/分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。(後略)

(第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月~3月)

事例4)

入院中の患者は他科を受診した。他科の医師はカルテに「リン酸コデイン60mg、3×の処方をお願いします」と記載した。他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図したが、主科の担当医はカルテを見て「3×」を1日3回と解釈したため、処方箋にリン酸コデイン180mg分3と記入した。このため1回の投与量60mg、1日3回で服用した。

(第11回報告書 医療事故情報 平成19年7月~9月)

注) リン酸コデイン: 呼吸器疾患における鎮咳・鎮静等に用いる薬剤

事例5)

胃ろう設置患者で、転院時、持参薬があった。デパケンシロップ18mL/3×1と有ったが、3×1を見落とし1回量を18mLで準備し注入してしまった。

(第11回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年4月~6月)

注) デパケンシロップ: 抗てんかん剤

事例6)

手術後、術前から内服していたアレビアチンを内服から点滴に変更した。その際、内服薬処方のアレビアチン250mg「分3」を「×3」と勘違いし、アレビアチン注250mg 3A/日として処方し投与した。せん妄症状が改善しないため、神経内科にコンサルトし、14日後にフェニトイン血中濃度を測定した結果、濃度上昇を認め、間違いに気付いた。

(第12回報告書 医療事故情報 平成19年10月~12月)

注) アレビアチン: 抗てんかん薬

事例7)

ラステット 25mg を1回1Cap1日2回の指示であったが、1回2Cap投与してしまった。処方箋には医師の手書きで「2Cap 2×」と指示があり、またさらに前指示である「2Cap 分1」の手書き指示も残っていた。看護師でダブルチェックを行ったが、1回2Cap と思い込み、2Cap 2×の指示を誤って認識した。指示が多くあり、混乱しやすい状況であったため、医師にその場で1回2Cap でよいかを口頭で確認したところ、医師は1日2Cap と聞かれたと勘違いして、返事をしたため、2Cap 投与してしまった。後で医師に確認したところ1回1Cap であることが判明した。

(第13回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年度10月~12月)

注) ラステット: 抗悪性腫瘍薬

事例8)

生後4ヶ月の患者のミオーカム0.8mL 分2の指示を0.8mL ×2回と勘違いし、1回量0.4mL のところ0.8mL 与薬した。次勤務者により発見された。患者に変化はなかった。

(第13回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年度10月~12月)

注) ミオーカム: 抗てんかん薬

3. 成分量・製剤量記載に関連していると思われる誤り

事例9)

前医の紹介状にてアレビアチン散10% (抗てんかん剤) 1.8g と記載があり、そのままアレビアチン1800mg として処方した。製剤量と成分量の違いを理解できておらず、薬剤師の問い合わせに対しても耳を貸さず1800mg 処方を指示した。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例10)

前医での処方箋の写しが「フェノバル剤10% (催眠・鎮静・抗痙攣剤) 1.5g/日」とあり、医師は病院のコンピューターで、「フェノバル剤10%1500mg/日」と処方した。前医では「フェノバル150mg/日」であったが、当該病院では「1500mg/日」の過剰投与となった。患者に呂律が回らなく過剰投与によると考えられる症状が出たため気付いた。当該病院の薬局ではグラム表示の場合には全量 (薬と混合物) の重さを示し、ミリグラム表示の場合は薬の量を示すことが多いため、指示の1500mg とは薬の量を意味していると誤解した。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例11) 当直時間帯に、ニコチン酸アミド1200mg 3×7日分の入院処方オーダーがあった。ニコチン酸アミド(10倍散)84g/21包で調剤すべきところ、10倍散に気付かず10分の1量で調剤し病棟に払出した。3日後病棟薬剤師が間違いに気付くミスが発覚した。その時点で調剤し直し払出した。患者は発覚時の朝食後まで内服していたが、特に変化はなかった。

(第8回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年4月～6月)

注) ニコチン酸アミド: ビタミン剤。口内炎・口角炎治療薬

事例12)

他院から紹介され来院した患者。他院の紹介状に内服薬セレニカR (抗てんかん剤) 1.25g 分2朝夕、の記載があった。医師は同内容、同量のもつりでもオーダー画面より、セレニカR顆粒400mg/g 1250mg 分2朝夕と処方した。調剤薬局ではバルプロ酸1250mg (=セレニカR顆粒3.125g) を調剤した。結果、診療情報提供書に記載された2.5倍量 (予定量はバルプロ酸(500mg) が投与された。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例 13)

内科で硫酸アトロピン末 (抗コリン剤) 1. 5mg 分3の処方をした。院外処方薬局では、硫酸アトロピン末 (mg/g) のところ、硫酸アトロピン原末 (g/g) を1. 5g で調剤したため、患者は予定の1000倍量を内服した。

(第10回報告書 医療事故情報 平成19年4月~6月)

事例 14)

ロイケリン散 (白血病治療剤) 1回65mg 1回分処方のところを、10%ロイケリン散 1回65mg 1回分で調剤し払い出した。倍散調剤であったために、1/10量の調剤となった。

(第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月~3月)

4. その他

事例 15)

他科（整形外科）からの処方を受指示受けしていた所、他は28日分あったが、リウマトレックスは4日分で用法が「1日2回、朝、夕食後」という指示であった。他科の医師に確認すると「木曜日のみ内服する。患者本人は分かっているから」と言われた。リウマトレックスは連続投与ですと重篤な副作用を起こす。

（第8回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年4月～6月）

注) リウマトレックス：抗リウマチ薬

事例 16)

患者は十二指腸潰瘍の出血で緊急入院してきたが、リウマチの既往があり紹介状の薬品情報欄に「メソトレキセート（葉酸代謝拮抗剤）3錠2×」と記載があった。投薬期間などの記載は無かった。担当医はこの持参薬を緊急入院時の夜より指示し、実際より3回分多く内服させていた。

（第9回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年7月～12月）

注) メソトレキセート：抗リウマチ薬

事例 17)

救急で入院する患者を当直医から引き継いだ。検査に出す際、患者の持参薬について、服用するものを聞かれ、前医（かかりつけ医）からの処方時の患者への説明書のみ見てプレドニゾロン（合成副腎皮質ホルモン剤）とリウマトレックス（抗リウマチ剤）の内服を指示した。入院翌日にリウマトレックスの処方のみが切れると報告を受けた。この時点でリウマトレックスのみが4日分処方、他は28日分が不思議に思い、家族に問い合わせたところリウマトレックスは週1回（金）に朝・夕で1Tずつ服用であったことが判明した。患者用の説明書、前医の処方箋にも1日2回朝・夕4日分の処方記載であった。リウマトレックスの薬剤についている用紙には何も記入してなかった。患者は白血球が減少し治療をした。患者と家族には説明し謝罪をした。

（第9回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年7月～12月）

事例 18)

病棟で鑑別入力書を見ながら分包したが、ラシックス（利尿降圧剤）40mg 0.5錠（火・木・土・日）与薬するところを、毎朝食後で1週間分に分包したため、3日間余分に服用してしまった。

（第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月～3月）

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

これまでの経緯

「処方せんの記載方法に関する医療安全対策」研究体制

(主任研究者)

齊藤 壽一 社会保険中央総合病院院長

(分担研究者)

門林 宗男 兵庫医科大学病院薬剤部長 (H20, H17~H19: 研究協力者)

楠岡 英雄 国立病院機構大阪医療センター院長 (H19~, H17~H18研究協力者)

土屋 文人 東京医科歯科大学歯学部附属病院薬剤部長

三宅 祥三 武蔵野赤十字病院院長 (H19, H17~H18: 研究協力者)

(研究協力者)

飯沼 雅朗 日本医師会常任理事

飯島 康典 日本薬剤師会常務理事 (H14, H17~H19)

岩月 進 日本薬剤師会常務理事 (H20)

上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科教授

江里口 彰 日本歯科医師会常務理事

佐々木久美子 日本看護協会

力石 陽子 日本赤十字社事業局看護部

(五十音順)

処方例についての記載事項の種類及びその件数

【内用錠剤の処方例】

降圧薬のニルバジピンを原薬量として4mgを1日2回に分けて朝食後と夕食後に服用するよう処方したい。ニルバジピン錠2mgの製品（製品名：ニバジール錠2mg）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

【研究班の想定した現状（1日量）での記載例】

ニバジール錠2mg 2錠 分2 朝夕食後 14日分

【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ニバジール錠2mg 1錠 1日2回朝夕食後 14日分

薬品名	件数
ニバジール（2）	35
ニバジール（2mg）	19
ニバジール錠2mg	11
ニルバジピン（2）	9
ニバジール錠（2mg）	8
ニバジール2mg	7
ニルバジピン（2mg）	3
ニバジール錠（2）	2
ニバジール	1
ニハルジピン（2mg）	1
ニルバジピン	1
ニルバジピン錠2mg	1

分量	件数
2T	68
2錠	16
2tab	5
4mg	3
(2T)	2
2C	1
II	1
4T	1
記載なし	1

日数	件数
14日分	35
/14T	9
14TD	7
(14)	5
14T	5
14日	5
×14日分	4
/14TD	2
/14Td	2
／14日分	2
×(14)	2
×14T	2
14	1
G14TD	1
/14ds	1
×14days	1
×14TD	1
×14日	1
○月○日から14日間	1
14d	1
14Td	1
⑭	1
g14TD	1
g14TH	1
g14TM	1

（出典：平成18年度研究報告書）

【内用・散剤の処方例】

心不全治療薬のジゴキシンを原薬量として0.15mgを1日3回に分けて毎食後に服用するよう処方したい。ジゴキシン散0.1%の製品（製品名：ジゴキシン散0.1%）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ジゴキシン散0.1% 0.05g 1日3回 毎食後 14日分

薬品名	件数
ジゴキシン散(0.1%)	37
ジゴキシン散(0.1%)	16
ジゴキシン散	8
ジゴキシン	6
ジゴキシン散	5
0.1%ジゴキシン散	5
ジゴキシン1000倍散	2
ジゴキシン散0.1% (1mg/g)	2
(以下は件数1件のもの)	
ジゴキシン散0.1, ジゴキシン(0.1)	
ジゴキシン (0.1)	

分量	件数
0.15mg	40
0.15g	12
1.5g	6
150mg	4
0.15mg 力価	4
0.15	2
(以下は件数1件のもの)	
0.15mg (ジゴキシンとして), 0.15g(0.15mg)	
5mg, 1.5mg, 0.45mg, 0.45(g), (0.15mg)	
0.15g (力価として0.15mg), (0.05mg) 3P	
0.15mg または 0.15g, 0.15mg (原末)	
0.15mg (成分量), 0.15mg (実薬量), 1.5	
0.15mg 原薬量で記載, 0.15(0.15mg)	

用法	件数
3xN	14
3x	7
3xnde	6
1日3回毎食後	4
分3後	3
分3後	3
分3各食後	2
3x 毎食後	2
3x 食後	2
3x1	2
1日3回朝・昼・夕食後	2
/分3 食後	2
/3xnde	2
/3xn	2
/3x	2

(以下は件数1件のもの)

毎食後すぐ, 分子毎食後, 分3 毎食後, 分3
 分3 : 朝昼夕食後30分, 分×3 毎食後
 3回 : 朝. 昼. 夕食後, 3x 朝、昼、夕食後
 3X 各食後, 3x 后, 3x1 毎食後,
 [分3] 1日3回毎食後, / 毎食後
 /分3 後, /分3 nde, /分3, /Nx, /N3x1
 /3 食後, /3x 毎食後, /3 nde, 空欄

(出典：平成18年度研究報告書)

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

(主任研究者 齊藤壽一)

平成14年度

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

平成17年度

処方せんの記載方法に関する第一次標準案の作成

平成18年度

処方せんの記載方法に関する第二次標準案の作成

医育機関及び研修指定病院を対象としたアンケート調査の実施
(内科, 小児科, 薬剤部門, 看護部門, 病院情報部門, 事務部門)

平成19年度

診療所, 歯科診療所, 薬局を対象としたアンケート調査の実施

平成20年度

研究班の提案する標準案の実施に伴う諸問題の検討

処方せんの記載方法に関する平成20年度研究班標準案の作成

平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

調査対象施設：病院（500床以上）	255 施設
病院（499床以下）	510 施設
診療所	500 施設
薬局	500 施設

調査対象者

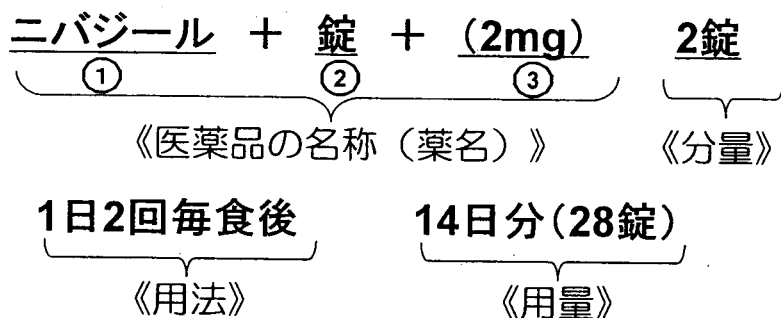
病 院：管理者, 医師, 薬剤部門, 看護部門

診療所：管理者, 医師

薬 局：薬剤師

(参考) 処方せん記載事項

処方例)



(注釈)

医薬品の名称(薬名)は①医薬品名の主要部分(以下「商標」)、または有効成分の名称(以下「一般名」、②剤形、③有効成分の規格含量(以下「規格」)の3つの部分に分けられます。

平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果① 医薬品の名称の記載(例示)

商標のみ	(ニバジール)	11.9%
商標+規格	(ニバジール(2))	34.8%
商標+規格+剤形	(ニバジール錠2mg)	33.2%
一般名のみ	(ニルバジピン)	1.6%
一般名+規格	(ニルバジピン(2))	3.0%
一般名+規格+剤形	(ニルバジピン錠2mg)	5.2%
医薬品により使い分ける		8.0%
その他		2.4%

平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果② 錠剤の分量の記載 (例示)

錠 数	(2錠)	93.7%
主薬量	(4mg)	5.0%
その他		1.3%

(参考) 有効成分量(主薬量)と製剤量

例) セレニカR 顆粒40% 1250mg



バルプロ酸ナトリウム + 添加物
《有効成分量(主薬量) 500mg》

《製剤量 1250mg》

(注釈)

セレニカR顆粒40%は、有効成分(バルプロ酸ナトリウム)を500mg(40%)含む製剤である。

平成14年度研究
 処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果③ 分量の記載(散剤)

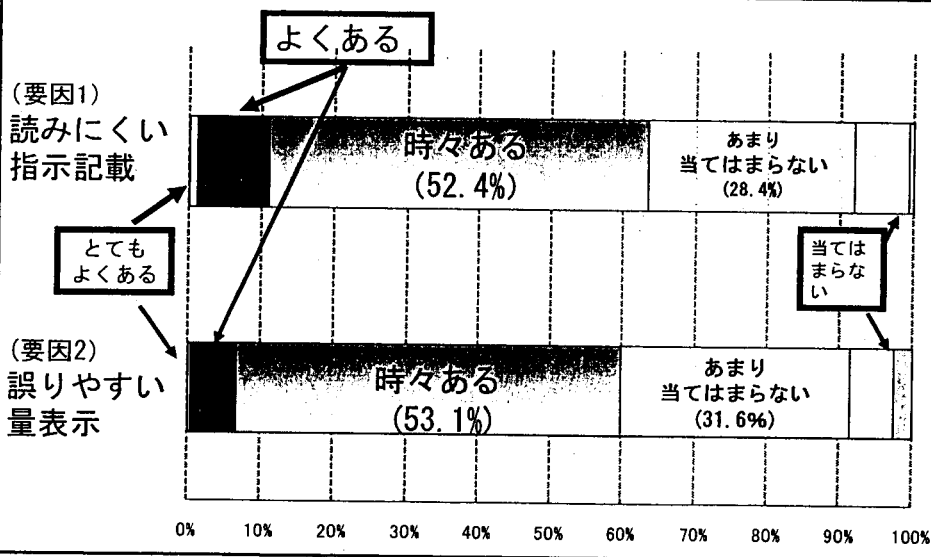
有効成分量(主薬量)	26.8%
製剤量	35.4%
医薬品により使い分ける	36.7%
その他	1.1%

アンケート結果④ 記載単位の意味(散剤)

mgは主薬量, gは製剤量	39.6%
mg, g いずれも製剤量	25.6%
mg, g いずれも主薬量	30.6%
その他	4.2%

平成14年度研究
 処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果⑤ 看護部門への事故発生要因の調査



平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

結 論

- 1) 処方せんの記載についてはわが国で広く支持されている規格がないため、医学部や研修病院での教育で、処方せんについての理解すべき内容が一定していないという実態がある。
- 2) 処方せんの標準的な記載法について医療関係者の合意が必要であると思われる。
- 3) 薬剤の払い出しから与薬に至る段階では事故の原因となりうる多くの要因が介在しており、各医療機関でも工夫が進められている。それぞれの医療機関が他の医療機関で採用されている事故防止の方策を積極的に検討、導入する検証作業が重要である。

平成14年度研究を受けた動向

平成14年度厚生科学研究（主任研究者 齊藤壽一）により、薬剤に関連した医療事故・ヒヤリハット事例が処方せんの記載等に関連して発生している問題点が明らかになったが、その状況は現時点でも基本的には持続している



医療安全の観点から、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せん記載等に関する検討を早急に行うべきであるとの意見具申が医療安全対策検討会議よりあり、平成17年6月開催の第20回医療安全対策検討会議より出された。

処方せん記載方法に関連した問題点

記載方法に関する事項

- 1日投与量と1回投与量との関係が調剤に誤解を生む
- 散剤で有効成分量（主薬量）記載と製剤量記載との処方せん記載法が統一されていない
- 商標、規格、剤形、略号の処方せん記載法が統一されていない

周辺事項

- 医師は処方せんの記載法について卒前教育や研修医療機関での教育が乏しい
- 教育すべき内容が標準化されていない
- 院内慣習や医師個人への依存、医療機関毎の差が大きく、研修を修了した医師移動の加速や院外処方の普及による混乱が増している

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

研究班の提案する 標準案について

H18年度・H19年度研究班における
処方せんの記載に関する第二次標準案
(抜粋)

- 1) 分量は1回服用量を記載し、用法・用量として1日の服用回数，服用時期，服用日数を記載する
- 2) 散剤，液剤の分量は製剤量で記載する

処方せんの投与量記載を
1回投与量を基本とすべきとした理由

- 1) 誤解・伝達ミスを防ぐ上で、服薬・投薬行為の最小単位で記すことが最も正確である。
- 2) 8時間毎あるいは12時間毎の投与等を考えると1日量で記載すべき根拠は認められない。
- 3) 1日量を基本とする記載により1週間に1度投与すべき薬剤を毎日投与した事故がみられる。
- 4) 現存する「1日3回」という表記法は指定量の「1日3回に分けて」か「3回何れも」の投与か判然としない場合さえある。
- 5) 欧米など諸外国では1回投与量の記載が標準であり、医療の国際化に対応すべきである。

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

研究班の提案する標準案 に対するアンケート結果

医育機関・研修指定病院に対するアンケート
(H18年度研究)

調査対象医療機関

医育機関 (156) , 研修指定病院 (141)

調査部門

診療部門 (内科及び小児科) , 事務部門,
薬剤部門, 看護部門, 情報処理部門

回答施設

128施設 (43.1%)

	内科	小児科	薬剤部	情報部	看護部
回答率	34.7%	31.6%	35.4%	29.3%	30.6%

診療所・歯科診療所・薬局に対するアンケート
(H19年度研究)

調査対象機関

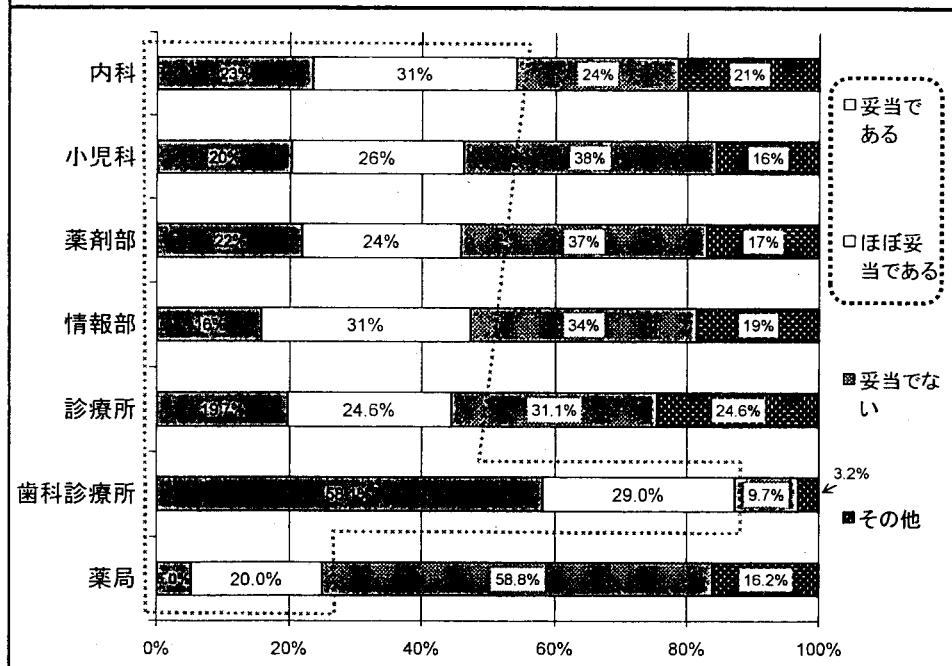
診療所 (94) , 歯科診療所 (100)
薬局 (100)

回答施設

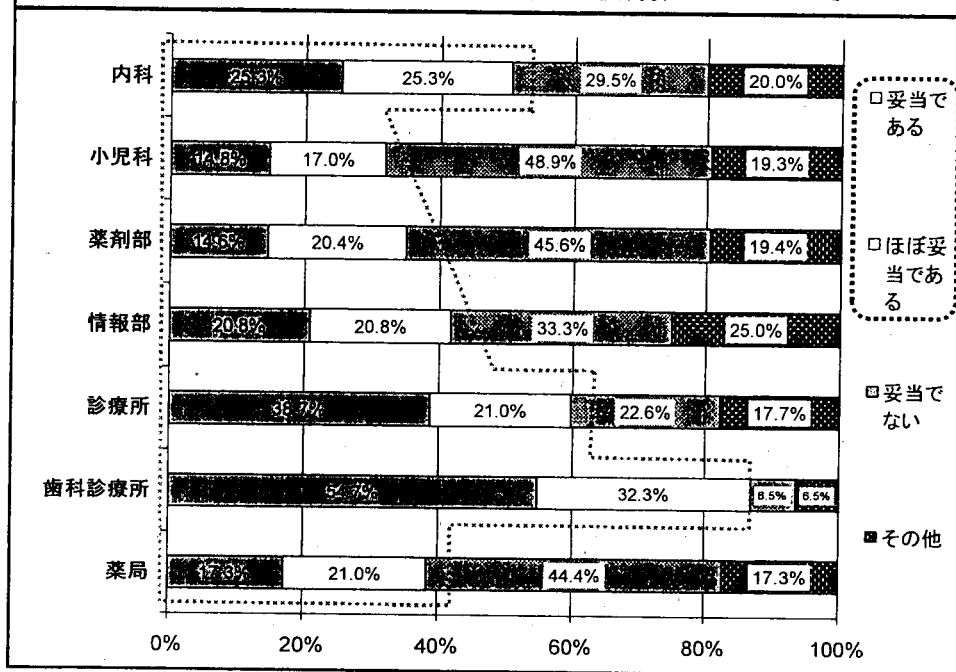
179施設 (59.7%)

	診療所	歯科診療所	薬局
回答率	68.1%	31.0%	81.0%

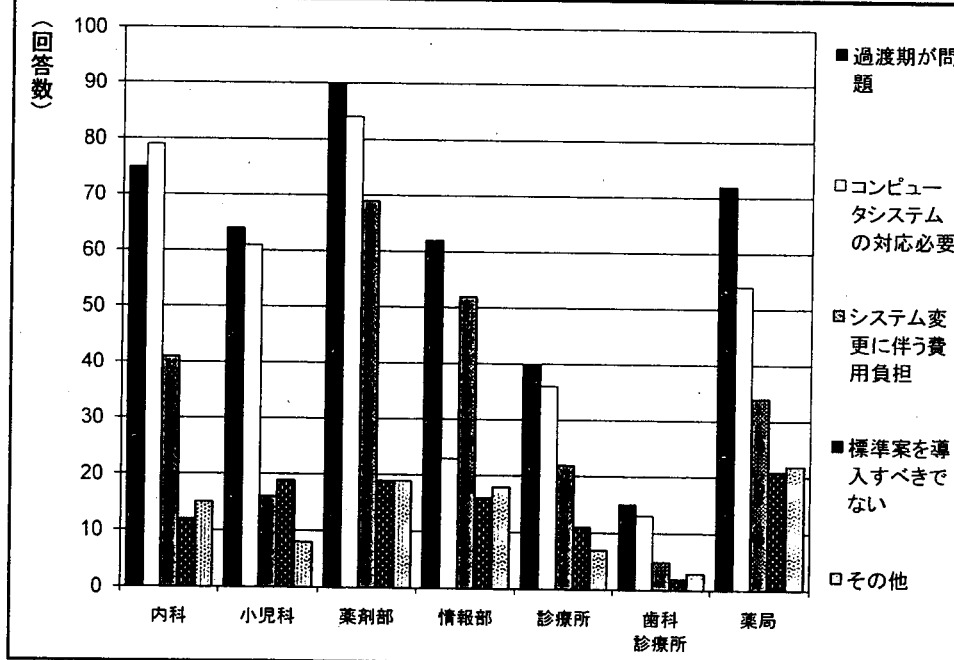
結果①標準案の記載方法 (錠剤・カプセル剤) について



結果②標準案の記載方法（散剤・液剤）について



結果③標準案記載に統一した場合の問題点（複数回答）



結果④（その他明らかになった事項）

- 処方せんの記載方法は未だに統一がとれていないことが確認された
- 診療所と病院の医師とで大きく異なったのは散剤の記載方法
- 標準案については過渡期、コンピュータシステムに関する更なる検討が必要

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

平成20年度研究班の提案する
標準案について

平成20年度研究班の提案する 処方せんの記載に関する標準案

- 1) 錠剤・カプセル剤において
分量は1回服用量を記載し、用法・用量として1日の服用回数，服用時期，服用日数を記載する。
- 2) 散剤、液剤において
 - a) 薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剤量（薬剤としての重量）で記載する。
 - b) 散剤、液剤において薬名を一般名（原薬名）で記載した場合には、分量は原薬量で記載する。
 なお、ラキソベロン液等については総量（本数等）も記載する。

処方せん記載例①（錠剤・カプセル剤）

【現行】

セフゾン（100mg）	3 Cap
メジコン（15mg）	3 錠
セルベックス（50mg）	3 Cap
分3 毎食後 5日分	

《標準案》

セフゾン（100mg）	1回量として	1 Cap
メジコン（15mg）	1回量として	1 錠
セルベックス（50mg）	1回量として	1 Cap
1日3回 毎食後 5日分		

処方せん記載例②（散剤）

フェニトイン（アレビアチン散10%）を原薬量として
1日量300mgを1日2回に分けて朝夕食後で処方する場合

《標準案》

アレビアチン散（10%）1回量として 1.5g
1日2回 朝夕食後 28日分

または

フェニトイン 1回量として 150mg
散剤で 1日2回 朝夕食後 28日分

処方せん記載例③（液剤）

バルプロ酸ナトリウム（デパケンシロップ5%（50mg/mL））
を原薬量として1日量200mgを1日2回に分けて朝夕食後で
処方する場合

《標準案》

デパケンシロップ（5%）1回量として 2mL
1日2回 朝夕食後 28日分

または

バルプロ酸ナトリウム 1回量として 100mg
液剤で 1日2回 朝夕食後 28日分

処方せん記載例④（休薬期間のある薬剤）

メソトレキサート（リウマトレックスカプセル2mg）を原薬量として6mgを1週1クールで初日から2日目にかけて12時間間隔で服用し、残りの5日間は休薬とし、2クール処方する場合

《標準案》

リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
1クールとして3回（初日9時，21時，翌日9時）服用
全2クール分

または

リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
初日1日2回 午前9時，午後9時 2日分（投与実日数）
リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
翌日1日1回 午前9時 2日分（投与実日数）

情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案(平成20年度研究)

1 「薬名」について

薬名は販売名または一般名(原薬名)を記載する。

ブランドを指定する場合には、「ブランド名」、「剤形」、「規格・含量(配合剤の場合を除く)」の3要素を必ず含むように記載する。

2 「分量」「用法」「用量」について

(1) 内用薬

分量は1回服用量で記載し、用法・用量として1日服用回数、服薬時期、服用日数を記載する。

散剤、液剤において薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剤量(薬剤としての重量)で記載する。

散剤、液剤において薬名を一般名(原薬名)で記載した場合には、分量は原薬量で記載する。

尚、ラキソベロン液等については総量(本数等)も記載する。

(例外)漢方生薬(浸煎剤、湯剤)の分量については1日量を記載する。

(2) 外用薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用部位、使用日数を記載する。

坐薬等の分量は1回量を記載し、用法(回数・使用時期・使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

外用液剤の分量は1回量を記載し、用法(回数、使用時期、使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

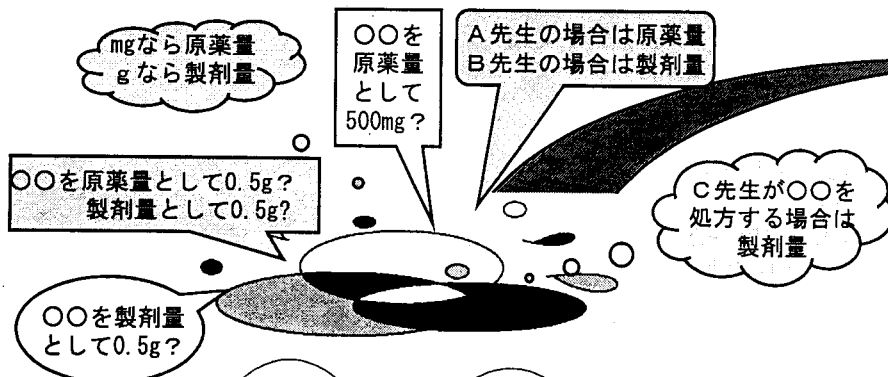
(3) 注射薬

分量は1回量を記載する。

(4) 在宅自己注射薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用日数を記載する(使用量が使用時期により異なる場合には使用量を使用時期毎に定めて記載する)とともに、総量(本数等)も記載する。

尚、過渡期においては1回量で記載しているのか1日量で記載しているのかを明示することが必要である。また、現状で1日量を記載している場合の用法として「1日3回」等の表現は不適切である。「分3」あるいは「1日3回に分けて」と表記することが必要である

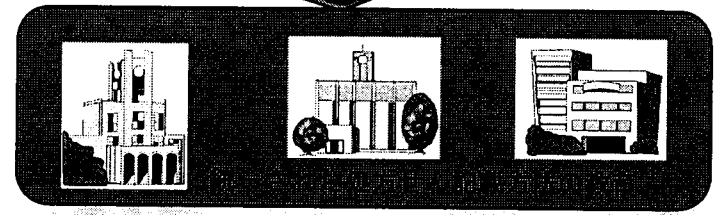


処方せん 〇〇 0.5 分2 14日分	処方せん 〇〇 500mg 分2 14日分	処方せん 〇〇散 500mg 分2 14日分
---------------------------	-----------------------------	------------------------------



処方せんの 書き方A A大学	処方せんの 書き方B B大学	処方せんの 書き方C C大学
--------------------------	--------------------------	--------------------------

処方せん記載方法の標準案



医療安全情報 No.9 2007年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認による投与が報告されています。

セレニカR 10% 5日1250mg

有効成分として 18500mg (10%×0.4) の処方を見出し、総量=1250mg を指示

有効成分として 1日1250mg (10%×0.4) の処方を見出し、製剤の総量=3125mg (1250mg×2.5) を指示

注) 有効成分：バルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬〉 アルピアチン錠10% フェノバル錠10% など

処方せんの記載方法に関する医療安全対策の検討

平成17年報告書より「処方せん記載に起因した有害事例」

<分量記載に関するエラー>

1) 身障者療護施設で投薬ミス、患者死亡 医師が10倍の量処方
販売中止の薬使用 濃度違う2種、カルテに誤記

〇〇町の身体障害者療護施設でさる二日、男性入所者が死亡した医療事故で、原因となったけいれんの発作を抑える薬は、製造元の大日本製薬（本社・大阪市）が今年一月で販売を中止していたことが五日わかった。販売中止になった薬品名は「アレビアチン細粒」。アレビアチンには「細粒」と、それを十倍に薄めた「十倍散」の二種類があり、今回の事故は、主治医（35）が「十倍散」の処方をしなければならないのに、カルテを誤って処方したことが分かった。

製薬会社によると、濃度の違う二種類の薬を取り間違えないようパッケージデザインを変えるなどの防止策を実施してきたが、同様の事故が数件あったため販売中止を決定。濃度の低い「十倍散」に一本化するように医療機関へ文書で呼びかけていたという。日本薬剤師会（東京都）によると、アレビアチンに関する事故報告は一九九八年から三年間で八件あった。うち、今回のケースのように濃度が違う薬を取り違えた事故例は二件発生している。主治医は「細粒の販売中止は知っており、薬の一本化を考えていた。しかし、二年間の猶予期間もあり、薬の分量が変わることで不安に思う患者もいる」と話している。

（2002年4月6日：読売新聞より）

2) 〇〇の薬局、抗てんかん薬を調剤ミス 6歳女児が一時こん睡

◆処方量の10倍量与える

〇〇市内の薬局が先月、誤って約十倍の量の抗てんかん薬を調剤し、これを服用した〇〇町の六歳の女児が一時、こん睡状態に陥っていたことが、十五日分かった。薬局が同市内の病院の処方せんに基づいて調剤する際に量を間違えたのが原因。女児は数日後に回復している。医薬分業で薬剤師の役割が高まる中での事故だけに、県薬剤師会は、調剤過誤委員会で詳しい経過や原因究明を行い、再発防止に努める。

病院などの関係者によると、女児は脳の病気のため通院中の十月十一日夕と翌十二日朝、けいれん症状を抑えるため、調剤された抗てんかん剤の粉薬「アレビアチン」を飲んだところ、意識がもうろうとなり入院した。病院で血液検査を受けた結果、多量のアレビアチンが検出され、調剤ミスが判明した。病院と薬局は家族に事情を説明し、薬局側はミスを認めて謝罪した。県薬務課によると、アレビアチンは成分濃度が97%の細粒と同10%の十倍散がある。薬局は病院から、十倍散で一回〇・六グラムの処方を受けたが、十倍散を取り扱っていないため、担当医の了解を得て細粒で調合した際、〇・〇六グラムとすべき量を〇・六グラムにしてしまったという。

（2000年11月16日：読売新聞より）

ジゴキシン関係

3) 乳児に10倍の強心剤 ○○病院 一時、心停止状態に

○○病院で昨年九月、心臓疾患で入院中の生後四か月の女兒に、医師が処方せんを書き間違えたため通常の十倍以上の強心剤を投与し、この女兒が一時、心停止状態に陥っていたことが、十二日わかった。病院側は全面的に過失を認めて家族に謝罪するとともに、慰謝料や今後の治療費を負担するなどの内容で示談を進めている。また、主治医とその上司の小児科医長、薬剤検査科長ら計五人を口頭による嚴重注意処分とした。

同病院などによると、女兒は生まれつき心臓に穴が開いており、同病院で手術を受けるため昨年九月に入院、治療のため強心剤「ジゴキシン」を使っていた。容体が安定してきたことから、同月十七日、主治医が「ジゴキシン」を静脈注入から内服に切り替えるため処方せんを作った際、過って通常の十倍の量を記載したという。記載ミスは薬剤師や看護婦も気付かず、五日間にわたって計十回も間違った量の投与が行われた。このため、女兒は同月二十二日に心停止するなど容体が急激に悪化。不審に思った別の医師が調べたところ、記載ミスに気付いた。女兒は救命処置で一命をとりとめ、十月に手術が成功して退院。投薬ミスの後遺症などは出ていないという。

(2000年8月12日：読売新聞より)

4) ○○病院 調剤ミスで5か月児死亡 強心剤、処方の10倍

○○病院で、心臓病の難手術を乗り越えて退院した同県内の男児（生後五か月）が、同病院で調剤された通常の十倍に当たる高濃度の強心剤の服用を続けたために死亡したことが十五日、わかった。女性薬剤師が調剤の際、高濃度の強心剤が入った瓶と取り違えたため、チェック役の女性薬剤師もミスに気付かなかった。病院側は遺族に経緯を伝えて謝罪。病院から連絡を受けた県警○○署は近く、業務上過失致死容疑で関係者から事情を聞くとともに、遺体を司法解剖して死因を調べる。

病院側の説明によると、男児には大動脈と肺動脈がつながる一万人に一人と言われる先天性の心疾患があり、八月に同病院で成功率50%とされる手術を受け成功。十月五日に退院し、その後は、病院で調剤された強心剤「ジギタリス製剤」を一日二回服用しながら自宅療養を始めた。ところが、数日後から発熱やおう吐の症状が出だしたため、十四日朝に再度入院。同日午後、心臓が激しい不整脈を起こす心室細動となり、死亡した。

強心剤は心臓の機能を活発にさせる薬で、男児の退院時、医師は「千倍に薄めたものを一日当たり〇・〇三グラム」自宅で服用するよう処方、薬剤師に指示した。同病院では、微量のジギタリス製剤を調剤する場合は、正確に計量できるよう一万倍に薄めたものを入れた瓶から取り出していた。本来は「一万倍に薄めた強心剤の瓶から〇・三グラム」の調剤が必要だったが、女性薬剤師は「千倍に薄めた強心剤の瓶から〇・三グラム」で調剤したという。

一万倍に薄めた強心剤の瓶は調剤台の端、千倍の強心剤の瓶は引き出しの中に別々に保管し、ラベルもつけてあった。二人の薬剤師は病院側の調査に対し、「なぜ間違ったのかわ

からない」と話しているという。男児が十四日に再入院した際の検査で、強心剤の血中濃度が異常に高かったため、調剤ミスがわかった。同病院では、四月にてんかんの薬を誤って多く調合し、患者の回復が遅れるというミスがあり、古くなった薬の瓶のラベルを新しくする一方、調剤の際は、声を出して確認するよう改めて指示していたという。

(2003年10月16日：読売新聞より)

気管支拡張剤等

5) ○○病院で処方ミス、男児に震え 気管支拡張剤を通常の10倍量

○○病院で先月、男児(4)が、ぜんそく治療で通常の十倍の量の気管支拡張剤を処方され、服用後に手足の震えや吐き気などの症状があったことが、十五日わかった。服用を中止し症状は収まったが、同院は医師に口頭で注意するとともに、今後、男児の両親に謝罪する方針。

病院によると、男児は先月下旬、同町内の医療機関から紹介され来院。二十七日に男性小児科医(37)に二度目の診察を受けた。

医師から、気管支拡張剤「ホクナリンドライシロップ」を処方され、同日から一日三回飲み続けた。今月一日夜、手足の震えや吐き気などを訴える一方、夜泣きがひどくなったため、服用を中止したところ、震えなどは収まったという。医師は処方せんをコンピューター入力する際、一日分〇・七ミリ・グラムとするのを誤って、同七ミリ・グラムと入力。薬局もミスに気づかないまま処方した。二日にカルテを確認した医師が、自分でミスに気付いたという。

(2001年5月15日：読売新聞より)

6) ○○病院で調剤ミス 薬10倍渡す 服用の乳児は一時入院

○○病院で二十二日夜、当直の薬剤師が、気管支炎の発作で受診した県内の乳児に、小児科医が指示した約十倍の気管支拡張剤(粉末)を投与していたことが二十七日、明らかになった。乳児は三回にわたり服用しており、経過観察のため二日間、入院したが、後遺症などはなく退院している。

同病院によると、乳児は二十二日夕、父親に連れられて救急部で受診。午後八時ごろ、薬剤部の当直薬剤師が調剤した気管支拡張剤七日分(一日二回服用)を受け取って帰宅した。二十四日朝、薬剤部が当直の処方せんの監査を行ってミスに気づいた。

医師は一回で一包(三十ミリ・グラム)を服用するよう指示したが、受け取った包みには三百ミリ・グラムが入っていた。ミスに気づいた病院が家族に連絡した時には、すでに三回にわたり、通常の十倍の計九百ミリ・グラムを服用していた。病院で検査したところ、血中の薬剤濃度が上限値の二・五倍だったことから入院。翌日、平常値に戻ったため退院した。調剤ミスした薬剤師は、当時、一人で当直していた。「分量を勘違いしてしまった」と釈明している。

(2000年11月28日：読売新聞より)

麻薬

7) ○○病院で女性患者死亡 10倍の量のモルヒネ投薬

○○病院で昨年三月、がん治療で入院していた○○市内の五十歳代の女性に誤って処方せんで指示された量の十倍のモルヒネを飲み薬として与えていたことが十九日、明らかになった。女性は約二か月後に死亡し、病院側は投薬ミスを確認遺族に謝罪したが、死亡との因果関係は否定している。

病院によると、女性は痛み止めとして、一日に百二十ミリ・グラムのモルヒネを六回に分けて水薬として飲んでいて、昨年三月十七日午後の三回の投与では、担当の薬剤師が誤って、一回の投与で処方せんの指示量の十倍にあたる二百ミリ・グラムのモルヒネを投与した。ミスは翌日、薬剤部長が処方せんと使用量を照会して発覚。女性は投与の翌日まで、意識レベルが低い「傾眠」状態になったという。病院では、一日のモルヒネ処方量が百ミリ・グラムを超える患者に、一日数回に分けて投与する場合は、十倍に薄めたモルヒネを使うことにしていた。しかし、処方せんには薄めたモルヒネの使用の指示は明記されておらず、今回のミスにつながったと見られている。病院では再発防止策として、処方せんに薄めたモルヒネを使用するのか、原粉末を使うのかを明記することにした。

女性は投薬ミスの後、四月に退院し、五月に死亡した。病院側は「その後、退院できる状態まで回復しており、ミスと死亡との因果関係はない」としている。

(2004年8月20日：読売新聞より)

8) ○○病院でモルヒネ10倍投与 末期がん患者、死亡

◆処方せん誤記入

○○病院で二十一日、末期がん患者の女性(44)に処方せんへの誤記入が原因で医師の指示の十倍にあたる塩酸モルヒネが投与されていたことが、三十日分かった。患者は二十四日に死亡した。病院側は「死因はすい臓がん。誤投与が死亡原因とは考えていない」としているが、一連の過程について、○○署で関係者から事情を聞いている。

病院側の説明によると、誤投与があったのは二十一日午後四時から二十二日午後四時までの間。塩酸モルヒネは鎮痛剤として投与され、その量については担当医が指示簿に「八十ミリ・グラム」と記入した。これを婦長が麻薬処方せんに転記したが、その際、「八十アンプル」と誤記した。一アンプルは十ミリ・グラムで、看護婦は八百ミリ・グラムを投与してしまったという。

(2000年3月31日：読売新聞より)

その他

9) 処方ミスで女性入院 濃度10倍の向精神剤渡す

○○薬局で先月、睡眠薬や抗けいれん剤として用いられる向精神剤「フェノバルビタール」を処方せんの指示より十倍の濃度で出す処方ミスがあり、服用した同市内の女性(54)が、めまいや吐き気などの症状を訴えて入院していたことが分かった。

誤って処方したのは、〇〇調剤薬局。関係者によると、この女性は〇〇病院で、医師の処方せんを受け、五月二日、この薬局で薬を受け取った。十八、十九の両日、就寝前に服用したところ、めまいや吐き気などが起こり、二十日から八日間、同病院に入院したという。同病院で血液検査したところ、薬の血中濃度が高かったため、調べたところ、同薬局の男性薬剤師が薄める前の薬の粉末（原末）と気づかずに、そのまま一服ずつ袋詰めにして渡していたことがわかった。同薬局では「確認不足で間違った薬を出してしまった。起きてはならないことで申し訳ない」とミスを認めている。

（平成 2002 年 6 月 14 日：読売新聞より）

10) 〇〇病院で主治医が指示ミス 睡眠剤 10 倍投与、植物状態に

〇〇病院で先月十五日、睡眠剤を誤って過剰投与された患者が植物状態になる医療事故が起きていたことが二日、わかった。同病院が会見を開き、明らかにした。病院側が自主的に事故を公表するのは異例。同病院は同日、事故について〇〇署に連絡、同署は業務上過失傷害の疑いで事情聴取を始めた。

同病院によると、先月十四日午後九時ごろ、首の手術を受け一般病棟に移っていた二十代の患者に対し、デパスという睡眠剤を五ミリ・グラム投与した。約三時間後、患者の呼吸が止まっていることに看護婦が気づき、蘇生（そせい）の措置を施したが、意識は回復しなかった。病院は「この投与が原因である可能性が高い」としている。薬を処方したのは主治医で、患者が「眠れない」などと訴えたため、〇・五ミリ・グラムを出すつもりで誤って十倍の五ミリ・グラムを処方するよう研修医に指示した。研修医は言われた通りに手書きでカルテや処方せんを記入し、薬剤部も看護婦も、量が過剰なことに気づかなかった。この薬剤の常用量は一一三ミリ・グラムだという。

同病院は手書きの処方せんを禁じ夜間でも処方量の誤りが自動的にチェックできるコンピュータでの処方指示を行うようにした。

（2005 年 2 月 4 日：読売新聞より）