

【5】「口頭指示による薬剤量間違い」(医療安全情報No.27)について

(1) 発生状況

医療安全情報No.27(平成21年2月提供)では、「口頭指示による薬剤量間違い」を取り上げた(医療安全情報掲載件数2件 集計期間:平成18年1月1日~平成20年11月30日)。口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例は、平成18年に1件、平成19年に1件報告された。平成21年1月~6月では1件報告され、これは、本報告書分析対象期間(平成21年4月~6月)に報告された事例であった(図表Ⅲ-3-8)。


図表Ⅲ-3-8 「口頭指示による薬剤量間違い」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	1	0	0	0	1
平成19年	0	0	0	1	1
平成20年	0	0	0	0	0
平成21年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-9 医療安全情報No.27「口頭指示による薬剤量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月

財団法人 日本医療機能評価機構



医療安全情報
No.27 2009年2月

「口頭指示による薬剤量間違い」

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が2件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年11月30日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載。)

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL (10mg)
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL (エフェドリンとして8mg)	希釈していないエフェドリン 2mL (80mg)

◆◆◆ 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月 ◆◆◆

「口頭指示による薬剤量間違い」

事例 1

新生児に対し、医師Aは、ラシックスを1mg静脈注射することを意図して「ラシックスを1ミリ投与してください」と、口頭で医師Bに指示をした。医師Bは、ラシックス1mL(10mg)を患者に投与した。


事例 2

当該部署では、エフェドリンを使用する際は、エフェドリン「ナガサ」1アンブル1mL(40mg/mL)を生理食塩水9mLで希釈している。患者に対し、医師Cは希釈したエフェドリン2mL(エフェドリンとして8mg)投与することを意図して「エフェドリン2ミリ投与してください」と、口頭で医師Dに指示をした。医師Dは、希釈していないエフェドリン2mL(80mg)を患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝える。

※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ち、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。当事業の進捗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://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#medsafe
※この情報の作成に当たり、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://www.jcqh.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例 1

術後、鎮痛薬としてケタラールの持続静注 3 mg（0.3 mL）を予定していた。麻酔医 A に対して麻酔責任医師 B が「時間あたり 3 ミリ投与」する指示を出した。麻酔医 A は時間あたり 3 mL（30 mg）と解釈し、投与した。術後時間が経過しても呼名反応がないため、ケタラールの影響を疑い、投与を中止した。投与量の確認を行ったところ、予定の 10 倍量が約 1 時間投与されていたことが判った。麻酔責任医師 B は薬剤の単位を省略して、口頭指示した。麻酔医 A は内容を復唱して、麻酔責任医師 B に確認しなかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① やむを得ず口頭指示を行う場合は、薬剤名や単位、量、希釈の条件などを省略せず、明確に伝える。
- ② 医師の口頭指示を受けた者は指示内容を復唱し、その内容を指示した医師と確認する。

（4）まとめ

平成 21 年 2 月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝えることを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された 1 事例の医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものであり、それを医療機関内で周知・徹底することが今後も必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。