

【5】「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」(医療安全情報No. 18) について

(1) 発生状況

医療安全情報No. 18 (平成20年5月提供) では、「処方表記の解釈の違い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3件 集計期間:平成18年1月1日～平成20年3月31日)。「3×」や「分3」の表記を3倍と解釈したことにより薬剤量を間違えた類似の事例は、平成17年に1件、平成19年に3件報告された。平成21年1月～9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7月～9月)に報告された事例であった(図表Ⅲ-3-8)。


図表Ⅲ-3-8 「処方表記の解釈の違い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 | 1 | 0 | 1 |
| 平成18年 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 平成19年 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 平成20年 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 平成21年 | 0 | 0 | 1 | — | 1 |

図表Ⅲ-3-9 医療安全情報No. 18 「処方表記の解釈の違い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.18 2008年5月

財団法人 日本医療機能評価機構



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

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

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ピアチン250mg(1日量)を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレピアチンを点滴に変更した。記載された内服指示の「アレピアチン250mg 分3」を注射指示にする際、「1回250mgを1日3回投与」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日量が1回量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。当事業の発行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://jqaic.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、医療従事者の裁量で制限したり、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 東京都千代田区三輪1-4-17 東洋ビル10階
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://jqaic.or.jp/html/index.htm

(2) 事例概要

処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例5件の概要を以下に示す。

事例1

体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と研修医は、テキストに準じて作成された院内マニュアルの「セフメタ：75-100mg/kg/日，3×」と「硫酸アミカシン：10-15mg/kg/day，2×」を見て一緒に投与量を計算した。上級医は、1日量を意図して研修医に「セフメタゾン120とロミカシン20ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。研修医は、「セフメタゾン 1回120mg 1日3回、ロミカシン1回20mg 1日2回」と指示を入力し、看護師が指示に基づき患児に1日分投与した。その後、看護師の指摘により過量投与に気付いた。上級医は、研修医と共にマニュアルを見ながら計算をしたため、指示の入力内容までは確認しなかった。研修医は、通常抗生剤は1回量の処方だと思っていた。

事例2

医師は、抗がん剤テラルビシン注を「1日1回，2日投与」する処方をした。その際、日本小児肝癌スタディグループ(JPLT)によるプロトコルの記載通りに指示書に「Day 2, 3 THP-ADR 30mg/平方メートル/day×2」と記載したが、上級医から「×2」なので1日2回ではないかと指摘され、追加処方を出した。その後、薬剤師が1日量として多いことに気づき、投与を中止した。

このプロトコルでは、「×2」は、2日間の意味だが、1日2回投与と解釈し、「1日2回，2日投与」と指示を出した。

事例3

主治医は、患者の退院時に抗痙攣薬の処方を研修医に依頼した。

研修医は、指示書に「2T/2×30日分」(1回1錠 1日2回 30日分を意味する)と記載し、オーダーリングでは「1回2錠 1日2回 30日分」と入力した。そのため、薬剤部より1包に2錠入りの薬が届き、患者は、1日4錠を2週間服用した。

事例4

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、カルテ(診療録)に「症状が辛いときには、リン酸コデイン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、麻薬処方せんに「リン酸コデイン180mg 分3」と記入し、患者に投与した。

事例 5

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。患者は内服が困難になり、医師は、アレビアチンを点滴に変更した。処方せんに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、「×3」は「分3」を意味すると思い「アレビアチン注250mg ×3」とオーダー入力し、患者に1回250mgを1日3回投与した。

当院の薬剤のオーダーでは、内服薬は1日量で処方し、注射薬は1回量で処方するシステムとなっているため間違いやすかった。

(3) 処方に関する記載

これまで報告された処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例において、間違いの要因となった処方内容が記載された媒体を次に示す。

図表Ⅲ-3-10 薬剤量間違いの要因となった処方内容が記載された媒体

| 媒体 | 件数 |
|---------|----|
| 院内マニュアル | 1件 |
| プロトコール | 1件 |
| 指示書 | 1件 |
| カルテ | 1件 |
| 処方せん | 1件 |
| 合計 | 5件 |

(4) 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 処方する際、1日量、1回量など用法・用量を確認する。
- ② 注射薬、内服薬の指示方法を1日量と1回量が混同しにくい方策を検討する。
- ③ マニュアルに記載されている用法・用量を院内のオーダーリングの入力に併せた形に書き直し、使用することにした。

(5) まとめ

平成20年5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、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とを掲載した。

5件の報告事例をみると、処方内容の記載の解釈の違いにより薬剤量の間違えを引き起こした記録媒体は、処方せんでだけでなく、指示書やカルテ等の診療録や院内マニュアル、プロトコールにも及んでいる。処方の際に文献等を参考にする場合、用法・用量の記載に多様な表現が用いられていることを認識し、使用においては十分な注意が必要である。今後、処方内容の記載の視点から医療安全を検討する上では、処方内容を記載する全てのものに記載方法を統一する必要があることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例発生の変向に注目していく。