

【4】薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故

(1) 発生状況

医療機関の薬剤オーダーリングシステムでは、薬剤名の最初の数文字を五十音で入力して検索する機能や、診療科毎に頻繁に使用する薬剤をセットとして登録する機能などを備え、処方業務が正確かつ効率的に実施できるようシステムによる支援を行っている。

本報告書では、薬剤の処方入力間違いの中で、その背景・要因に記載された内容から、薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故を取り上げた。

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故は平成23年4月1日～6月30日の期間に3件報告された。また、本事業開始から平成23年3月31日までに報告された類似の事例は1件であった。

(2) 事例概要

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故事例4件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者の持参薬でリスパダール0.5mL／包 1日2回内服の処方が出されていたところ、研修医が2倍量の1mL／包1日2回内服の処方を出した。看護師が薬をセッティングしていたところ、外包の色が今まで黄色だったのが青色になっていることに気付き、処方の誤りに気付いた。主治医に報告し、元の処方に訂正した。

【背景・要因】

電子カルテ上で、薬剤名の表示に問題があった。「リスパダール0.5mL／包」「リスパダール1mL／包」いずれも電子カルテ上の表示は、文字数の関係で「リスパダール内用液1mg/mL 2包」と表示されていた。カーソルを合わせるとそれぞれ「リスパダール内用液1mg/mL 0.1% 0.5mL」「リスパダール内用液1mg/mL 0.1% 1mL」と表示され、カーソルを合わせると初めて薬液量が確認できるようになっていた。医師は「1mL／包」の表示を「1mg/mLと見間違えた。」

事例2

【内容】

主治医は朝の血清カリウムが6.0mEq/Lと高値であり、GI療法を施行するため、20時30分に輸液指示を遅出勤務看護師に伝えた。

輸液のオーダー内容は「末梢点滴メイン、50%糖液500mLに50%糖液20ml2本、ヒューマリンR(100)10単位混注」であった。

遅出勤務看護師は夜勤看護師Aと電子カルテを開いて輸液内容を確認し、ミキシングを行い投与した。

その後、血糖測定の値が「Hi(600mg/dL以上)」のため主治医に報告し、ヒューマリンR(100)8単位の皮下注射を実施した。

1本目の50%糖液500mLが終了し、夜勤看護師Aと夜勤看護師Bが確認して2本目に更新した。この時意識の変化はなかった。

血糖測定のため再び訪室。両眼球が右上方に固定し昏睡となっていた。血糖値は「Hi」を示し主治医に報告。GI療法を中止し、輸液の残300mLを破棄するように指示を受けた。

主治医が来棟し、GI療法の糖液の濃度が高濃度(5%糖液500mLのつもりが50%糖液500mLとオーダーしていた)であることに気づいた。

【背景・要因】

- ・主治医が注射薬オーダー時に5%糖液500mLを50%糖液500mLと誤って入力し、間違いに気付かなかった。
- ・オーダー時「トウエ」と入力し3文字検索を行った。その中には50%糖液・5%糖液・20%糖液の20mL・200mL・250mL・500mLの製剤が小さな字で一覧として表示されていて、その中から選択した。
- ・オーダーが20時30分だったため、薬局では一人調剤、一人鑑査を行っていて「末梢点滴メイン 50%糖液500mLに50%糖液20mL2本、ヒューマリンR(100)10単位混注」の指示を立ち止まって考えることができなかった。
- ・看護師は50%糖液500mLに50%糖液20mL2本をミキシングする内容に違和感があったが、主治医に確認せずそのまま実施した。
- ・看護師は50%糖液を末梢静脈から投与できないことを知っていたが、実施時には投与できないとは思わなかった。

事例3**【内容】**

男性患者は、当院を受診し、ノルバスク 10mg の処方希望された。海外の紹介状を担当医が読み、ノルバスク 10mg を処方するためにオーダーリング画面を開いた。「ノルバ」と入力したところ、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示された。10mg を処方しようとしていたため、10 と表示されていたノルバデックスを選択し処方した。院外薬局で3ヶ月分の処方がされ内服された。内服薬が終了し、次の処方を出してもらうため他院へ行ったところ間違いがわかった。

【背景・要因】

オーダーリングシステムの不備がある。処方を担当医が出力した後、担当医がその内容を十分に確認を行っていない。また、処方した内容について患者にわかりやすく処方内容や内服方法、副作用等の説明を行っていない。

院外薬局でおかしいと思ったとのことであったが、病院側へ問い合わせしていない。患者は処方された薬の説明書で、ノルバデックスについての説明を受けている（悪い細胞を増えすぎるのを抑える薬です）が、間違いに気付かなかった。

事例4**【内容】**

超低出生体重児にチラーゼン S の処方を開始した。3日後の夕から頻脈が出現したため確認したところ、チラーゼン S 4 μ g を1日分3ではなく、チラーゼン末 4 mg を1日分3で処方していたことがわかった。

【背景・要因】

処方画面は、3文字検索の「チラー」で検索すると、チラーゼン S 50 μ g（錠剤）とチラーゼン末（粉薬）が出てきた。最近チラーゼンの処方を行っておらず、3文字入力時に「チラーゼン末」の文字が表示されたので、チラーゼン末が新たに採用になったと思った。チラーゼン末が粉末だったので、通常粉末は小児用のことが多いという考えから、チラーゼン末を小児用と思い込んだまま処方した。電子カルテの画面の表示では、処方時の単位（mg と μ g）の違いにも気付かなかった。

(3) エラーを生じる原因となった画面表示に関する分析

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故の事例について、エラーの原因となった表示に関する分析を行った。また、誤った処方に対する鑑査や確認のプロセスについても併せて分析した。

①エラーの原因となった表示

4つの事例は、いずれも処方入力の際に、1) 3文字検索などの方法で薬剤を検索する、2) 表示された薬剤一覧画面から処方する薬剤を選択する、という手順の中の、2) の段階で、薬剤を正しく選択しなかった事例である。

事例の内容は、規格間違いが 2 件、薬剤取り違いが 2 件であった。

エラーの背景・要因となった画面表示について、表示内容を図表Ⅲ-2-36 に示した。さらに報告された内容より、薬剤の画面表示とエラーの発生について、以下に分析した。

図表Ⅲ-2-36 薬剤の一覧画面に起因した医療事故の内容

	事故の内容	正しい指示内容	入力方法	一覧画面の表示	間違った選択内容
事例 1	規格間違い	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL	不明	2つの規格「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とをいずれも「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
事例 2	規格間違い	5%糖液 500mL	糖液の検索のため「トウエ」と入力し 3文字検索	50%糖液、5%糖液、20%糖液の 20mL、200mL、250mL、500mL の製剤が表示	50%糖液 500mL
事例 3	薬剤取り違い	ノルバスク 10mg	「ノルバ」と入力し 3文字検索	「ノルバスク」の下に、「ノルバテックス 10」と表示	ノルバテックス 10mg
事例 4	薬剤取り違い	チラージン S 4 μg	「チラー」と入力し 3文字検索	「チラージン S 50 μg」と「チラーゲン末」とが表示	チラーゲン末 4 mg

i) 事例 1 「リスパダールの規格間違い」

一覧表示は、次の通りである。

2つの規格、「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とが、いずれも、「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された。

このような表示がなされていた理由として「文字数の関係」が報告されている。そしていずれかの規格を正しく処方するためには、表示のそれぞれにカーソルを合わせて初めて規格が表示され、それを選択する仕組みになっていた。

このことを具体的な表示のイメージを用いて説明する。

ア) 薬剤師による持参薬報告

薬剤師は、患者が持参したリスパダール内用液について、図表Ⅲ-2-37 に示す持参薬報告用の画面から「4 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」を選択することにより、持参薬報告を行った。

図表Ⅲ-2-37 薬剤師が持参薬報告に利用した画面の「リスパダール内用液」の表示 (イメージ)

1	劇薬 内服 【院内】	リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】	リスパダール内用液 1mL / 包 (1g/mL)
3	劇薬 内服 【院外】	リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL
5	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
6	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 2mL

薬剤師は 4 を
選択した

イ) 医師による持参薬報告の確認

医師が、薬剤師が持参薬報告を行った画面を開くと、表示される文字数に制限があり、図表Ⅲ-2-37のように「リスパダール内用液 1mg/mL0.1% 0.5mL」が「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された。ただし、画面の幅を広げると図表Ⅲ-2-38のように規格を含む情報「リスパダール内用液 1mg/mL0.1% 0.5mL」が表示され、また、「リスパダール」の文字にカーソルを合わせると、「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」が表示されるシステムであった。

医師は、画面を広げたり、カーソルを合わせたりすることなく、「0.1% 0.5mL」という規格の情報を把握しないまま、図表Ⅲ-2-39の表示のみにより持参の確認を終えた。

図表Ⅲ-2-38 医師が見た持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示(イメージ)

持参薬報告	
.....	
リスパダール内用液 1mg/mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

表示される文字数は制限があるため、「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された

図表Ⅲ-2-39 図表Ⅲ-2-2の画面を広げた場合の「リスパダール内用液」の表示(イメージ)

持参薬報告	
.....	
リスパダール内用液 1mg/mL 0.1%0.5mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

画面の幅を広げると「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1%0.5mL 2包」と表示される

ウ) 医師による処方

医師は、持参薬の確認に基づき処方画面の「選択薬品」に「リスパ」と入力し、表示された(図表Ⅲ-2-40)の中の「1mL/包」を、図表Ⅲ-2-38の表示の「1mg」と見間違え、誤って「2劇薬 内服【院内】 リスパダール内用液 1mL/包(1mg/mL)」を選択し、処方した。

図表Ⅲ-2-40 処方画面で「リスパ」と入力した際の「リスパダール内用液」の表示(イメージ)

1	劇薬 内服【院内】 リスパダール内用液 0.5mL/包(1mg/mL)
2	劇薬 内服【院内】 リスパダール内用液 1mL/包(1mg/mL)

医師は誤って2を選択した

以上のように、表示される文字数に制限があったことが要因となり、持参薬が2つの規格のいずれに該当するか把握しないまま、誤って処方した。医薬品の販売名が長いことや、表示される文字数の制約により、安全性を低下させたことが推測される。

ii) 事例2「糖液の規格間違い」

一覧表示は、次の通りである。

「トウエ」3文字で検索すると、50%糖液、5%糖液、20%糖液の20mL、200mL、500mLの製剤が小さな文字で表示された。

糖液の複数の規格が一覧表示され、また、その表示の文字サイズが小さかったことが背景・要因

として報告されている。

このことを具体的な表示のイメージを用いて説明する。

事例が発生した医療機関では、通常、注射オーダー画面から薬剤名の先頭3文字を入力し検索するシステムとなっている。また、画面には最大4種類しか薬剤名が表示されない制約があるため、5種類以上の薬剤が検索される場合には、スクロールしながら薬剤を選択している。

事例では、医師が注射オーダー画面において「トウエ」と3文字入力し検索したところ、検索された薬剤は図表Ⅲ-2-4 1に示す、規格なしの糖液と8種類の規格の糖液の合計9種類の糖液であった。しかし、実際に見えた表示は図表Ⅲ-2-4 2の通りであり、「500mL」の規格は「50%糖液500mL」のみであったことから、誤ってこれを選択した。

図表Ⅲ-2-4 1 「トウエ」で検索して表示される薬液の一覧(イメージ)

注射	5%糖液(規格なし)
注射	5%糖液(20mL)
注射	5%糖液(100mL)
注射	5%糖液(250mL)
注射	5%糖液(500mL)
注射	20%糖液(20mL)
注射	50%糖液(20mL)
注射	50%糖液(200mL)
注射	50%糖液(500mL)

図表Ⅲ-2-4 2 実際にオーダーした際に、画面に表示された薬液(イメージ)

注射	20%糖液(20mL)	▲
注射	50%糖液(20mL)	
注射	50%糖液(200mL)	
注射	50%糖液(500mL)	
		▼

薬剤を検索した際に表示される薬剤名が最大4種類という制約があったことや、正しい輸液の指示内容が「末梢点滴メイン、5%糖液500mLに50%糖液20mL 2本、ヒューマリンR(100)10単位混注」であったことから、指示の中に「5%」と「50%」の規格がいずれも存在し、さらにインスリンの混注も必要であった複雑さが選択の誤りにつながった可能性が示唆された。

iii) 事例3 「ノルバスクとノルバデックスの薬剤取り違い」

画面表示は、次の通りである。

「ノルバ」と検索すると、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示された。

「ノルバスク」と「ノルバデックス」は名称の類似による取り違いが報告されている薬剤である。販売名の先頭3文字が同じであるため、「ノルバ」の3文字検索することにより、近接して表示されることは十分ありうる。同時に、本事例ではノルバスクを10mg処方する予定であったが、ノルバデックスに10mgの規格が存在することが、「10」という表示を共通の要素としてエラーを生じた可能性が示唆された。

このように、名称の類似性だけでなく、常用量や規格の数値にも共通性があり、それらがエラーを引き起こす可能性を認識することが重要である。

iv) 事例4 「チラーゼンSとチラーゼン末の薬剤取り違い」

画面表示は、次の通りである。

「チラー」で検索すると、「チラーゼンS 50 μ g」と「チラーゼン末」とが表示された。

「チラーゼンS 50 μ g」は錠剤であり、「チラーゼン末」は散剤である。また、「チラーゼンS 50 μ g」は合成甲状腺ホルモン薬(T4)であり、「チラーゼン末」は乾燥甲状腺でありT3とT4を含んでいる。また、粉末なので微量な処方量の調整が可能であるという利点がある。このように、両者には薬学的に異なる性質があり、主治医の判断により使い分けることが考えられる。

事例では、超低出生体重児の主治医が、最近チラーゼンを処方した機会がない状況の中で、「チラーゼン末」の表示を見て、新規採用薬である、と思い込んだり、また、粉末なので「小児用」である、と思い込んだりしたために、「チラーゼンS」ではなく「チラーゼン末」を選択している。さらに、処方時に「mg」と「 μ g」という単位の表示の違いにも気づかず、「4 μ gを1日分3」を「4mgを1日分3」で処方している。

先述した両者の薬剤の薬学的性質の知識が少なく、かつ不慣れな薬剤の処方であったことや、診療の中で新生児を多く取り扱い、小児の成長に応じて粉末や散剤の剤形で処方量を調節しながら処方する機会を経るうちに、粉末や散剤の剤形を見ると小児用医薬品と思い込んでしまうことが背景・要因であることが示唆された。また、「 μ 」(マイクロ)と「m」(ミリ)とは似た形の文字であるとも考えられ、エラーを引き起こす可能性があることが示唆された。

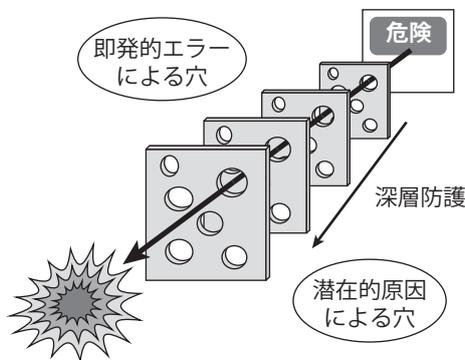
②処方薬の確認プロセス

薬剤の処方過程では、「治療計画→処方→調剤→投与」といった複数の業務工程から成り、その中で、医師、薬剤師、看護師といった複数の医療専門職が関わっている。また、誤調剤や誤投与を防ぐために、処方や調剤の過程では、いくつかの確認プロセスを経た上で、患者に投与される。

組織事故の構造モデルであるスイスチーズモデル¹⁾を参考にして、事例1～4において、医師、薬剤師、看護師の各職種による確認プロセスを、防護層やそれが機能した・しなかったことが明らかとなるよう図式化し、分析した。

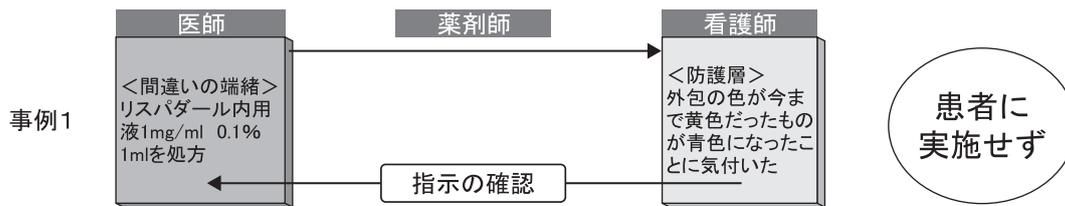
〈スイスチーズモデル〉

理想的な状態では防護層が健全で危険性がその間を突き抜ける可能性はないが、現実的には、防護層にスイスチーズのような「穴」がある。組織事故が発生する必要条件は防護層の穴が偶然に重なりあうことであり、結果として潜在的な危険が顕在化し損害をもたらす。



防護、バリア、安全装置の階層にできた穴を突き抜けた事故の軌跡穴は即発的エラー、潜在的原因によってできる。

i) 事例1の確認プロセスについて



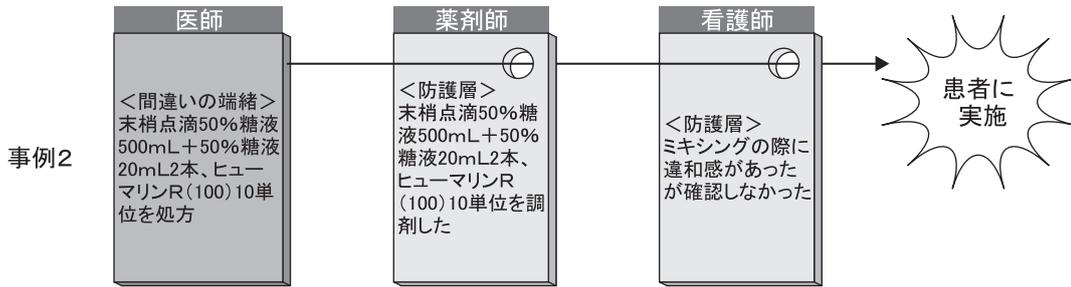
事例1は、医師が正しくリスパダールを選択したが、規格を間違えた事例である。

リスパダールの添付文書には、「通常、成人にはリスペリドンとして1回1mg1日2回より始め、徐々に増量する。維持量は通常1日2～6mgを原則として1日2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。但し、1日量は12mgをこえないこと」と記載されており、これに照らせば、薬剤師の用法・用量は通常量であるため、薬剤師が鑑査により間違いを発見することは困難と考えられる。

事例では、看護師が「外包の色が違う」ことに気づき、疑義の内容を医師に照会したことから誤りに気づいた。この看護師による防護層が機能していた。

処方薬の確認プロセスにおいて、いつもと違う情報に気づいたことを契機に、確認を行うことの重要性が示唆された。

ii) 事例2の確認プロセスについて



事例2は、医師が誤って末梢点滴50%糖液を選択した事例である。50%糖液の添付文書の「適用上の注意」では、次のように、「末梢静脈内には投与しないこと」と注意喚起している。

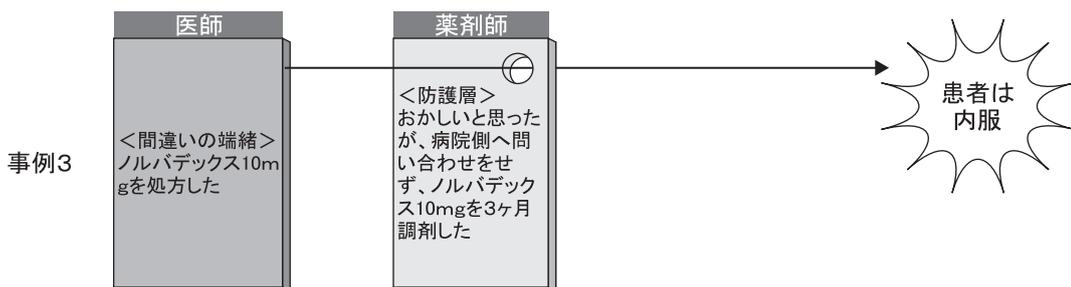
大塚糖液 50%添付文書 (一部抜粋)²⁾

5. 適用上の注意

- (1) 投与経路：①皮下大量投与により、血漿中から電解質が移動して循環不全を招くおそれがあるので、皮下投与しないこと。
②中心静脈内に投与し、末梢静脈内には投与しないこと。

事例では、薬剤師の鑑査の段階で、薬剤の投与経路が末梢静脈と指示されていることが伝わっていたが、間違いを発見することが出来ず防護層として機能しなかった。また、ミキシングした看護師も指示の内容に違和感があったが、疑義の内容を医師に照会しなかった。この防護層の段階では、違和感があった点で防護層として機能する可能性はあったが、その後の対応に結びつかず、最終的に機能しなかった。そのため、2つの防護層がいずれも機能せず事故に至っている。

iii) 事例3の確認プロセスについて



事例3はノルバスクを処方するために「ノルバ」と入力したところ、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示されたことにより薬剤を取り違えた事例である。

ノルバスクは高血圧症・狭心症治療薬であり、ノルバデックスは乳癌を適応疾患とする抗乳癌剤であることから、両者は薬効が異なる薬剤である。患者は男性であり、院外薬局の薬剤師は「おかしい」と思ったことが報告されていることから、この段階が防護層として機能する可能性があったが、その後の対応として、病院に問い合わせることはしなかった。よって院外薬局の薬剤師は最終的に防護層としては機能しなかった。

iv) 事例4の確認プロセスについて



事例4はチラーヂンSを処方するために「チラー」と入力したところ、「チラーヂンS 50 μ g」に続いて「チラーヂン末」が表示され、粉末を小児用と思い込んだことなどから薬剤を取り違えた事例である。

本事例も、超低出生体重児であるため処方量を調節していることから、薬剤の添付文書に照らして不整合を確認することが容易ではないため、薬剤師による処方鑑査で誤りに気付くことも容易ではなかったことが推測される。報告内容には薬剤師や看護師の関与は記載されていないことから、上図に示したように、防護層が存在しなかった可能性がある。

(4) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策を整理して、以下に示す。

1) 分かりやすい表示への改善

- ① 持参薬報告画面から「4 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「5 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とを削除し、残った表示の「劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)」や「劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1mg/mL)」のいずれかを選択することとした(図表Ⅲ-2-43)。

図表Ⅲ-2-43 薬剤師による持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示(イメージ)

(改善前)

1	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1g/mL)
3	劇薬 内服 【院外】 リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL
5	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
6	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 2mL



(改善後)

1	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1mg/mL)
3	劇薬 内服 【院外】 リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服 リスパダール内用液 2mL / 包 (1mg/mL)

- ② 電子カルテで持参薬報告を見る場合、画面を拡げなくても「リスパダール内用液 0.5mL / 包」と表示されるようにした(図表Ⅲ-2-44)。

図表Ⅲ-2-44 医師による持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示の改善(イメージ)

(改善前)

持参薬報告	
リスパダール内用液 1mg/mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

↓

(改善後)

持参薬報告	
リスパダール内用液 0.5mL / 包	1包
1日1回夕食後	7日分
持ち込み数量	7包
採用の有無：有	

- ③ 「トウエ」で検索される薬剤から「50%糖液 200mL」と「50%糖液 500mL」とを削除した。またそれらの薬液は、「50%」で検索することにより表示されるようにした(図表Ⅲ-2-46)。

図表Ⅲ-2-45 「トウエ」で検索して表示される薬液の表示の改善(イメージ)

注射	5%糖液(規格なし)	→	注射	5%糖液(規格なし)
注射	5%糖液(20mL)		注射	5%糖液(20mL)
注射	5%糖液(100mL)		注射	5%糖液(100mL)
注射	5%糖液(250mL)		注射	5%糖液(250mL)
注射	5%糖液(500mL)		注射	5%糖液(500mL)
注射	20%糖液(20mL)		注射	20%糖液(20mL)
注射	50%糖液(20mL)		注射	50%糖液(20mL)
注射	50%糖液(200mL)			
注射	50%糖液(500mL)			

図表Ⅲ-2-46 「50%」で検索した薬液の表示(イメージ)

注射	50%糖液(200mL)
注射	50%糖液(500mL)

- ④ 電子カルテ入力画面に、「チラーヂン末(乾燥甲状腺末)」と薬剤名の後に成分を表示する。

2) システムにおけるアラート機能の導入

- ① オーダリングシステム画面で、アラートを設定するなど、注意喚起できるようなアラートの導入を検討。
- ② 内服処方オーダリング画面において、全薬品黒表示していたものから、抗がん剤や糖尿病治療薬等ハイリスク薬品は青表示、麻薬に関しては赤表示するようアラート機能として追加し注意喚起できるようにした。

3) 処方時の確認の徹底

- ① 医師は、注射薬のオーダー時、調剤時、準備実施時には5R(患者名・薬剤名・投与量・投与時間・投与ルートの確認)に沿った指差し呼称確認を行う。

4) 薬剤鑑査の強化

- ① 一人で鑑査を行う場合、調剤を行った後、続けて鑑査をせず違う仕事を行い、30分以上空けて鑑査を行う。
- ② 救急病院であり、18時から20時近くは臨時処方、臨時注射の払い出しが集中するので、薬剤師の遅出勤務を導入し、ひとり鑑査を行わない体制を検討する。

(5) まとめ

本報告書では、薬剤の処方入力間違いの中で、その背景・要因に記載された内容から、薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故を取り上げた。そして、報告された事例の一覧画面の表示や、誤った処方に対する確認プロセスについて分析した。

改善策に報告されたように、薬剤処方の際に、「薬剤の検索」とそれに続く「表示された薬剤の選択」のプロセスにおいて、「抗がん剤等のハイリスク薬の表示の見え方は他の薬剤と変える」「薬剤名の後に成分も表示する」など、入力者の注意を喚起するシステムの表示に改善することを検討することの重要性が示唆された。

また、処方薬の確認プロセスにおいて、処方や指示の内容に疑義がある場合は、他の職員に照会することの重要性も示唆された。

診療のシステム化が進む一方で、それに起因する医療事故が発生する可能性があることから、報告された事例を活用し、再発防止を図るシステムに改善する努力が望まれる。

(6) 参考文献

1. ジェームズ・リーズン. 組織事故. 塩見弘監訳. 1999.
2. 大塚糖液 50%大塚糖液 70%添付文書. 大塚製薬株式会社. 2009年7月改訂(第7版)