

【1】製剤の総量と有効成分の量の間違い (医療安全情報No.9)

(1) 報告状況

医療安全情報No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(2007年8月提供)で、内服薬の処方における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について注意喚起を行った。その後、第20回報告書(2010年3月公表)、第26回報告書(2011年9月公表)、第33回報告書(2013年6月公表)でも、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。

今回、本報告書の分析対象期間(2021年4月~6月)に類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。第33回報告書の分析対象期間後の2013年4月以降に報告された再発・類似事例は12件であった。なお、本報告書では、製剤の総量、秤取量、秤量などは「製剤量」、有効成分の量、原薬量、主薬量、力価などは「成分量」としている。

図表Ⅳ-1-1 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」の報告件数

	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	合計
2013年		1	2	1	4
2014年	0	1	1	0	2
2015年	1	0	0	0	1
2016年	0	0	0	0	0
2017年	0	0	0	1	1
2018年	0	0	0	0	0
2019年	0	0	0	1	1
2020年	1	0	0	1	2
2021年	0	1	—	—	1

図表Ⅳ-1-2 医療安全情報No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」

(2) 事例の概要

1) 事例に関連した薬剤

処方の詳細が記載されていた事例について、薬剤名と薬効、処方すべき量と処方した量、調剤した量をまとめて示す。いずれも散剤の処方において、製剤量として処方すべき量が「mg」で記載されており、薬剤師は成分量であると解釈して調剤していた。医療機関の処方システムの仕様により、処方オーダに「成分量」と表示されていたが、医師は製剤量として処方すべき量を入力した事例が2件あった。同時に処方された複数の薬剤について製剤量と成分量の間違いが生じた事例も報告されていた。

図表Ⅳ－1－3 事例に関連した薬剤

薬剤名 (薬効)	処方すべき量 (1日量)		処方した量 (1日量)	調剤した 製剤量 (1日量)
	成分量として	製剤量として		
ロイケリン散10% (抗悪性腫瘍剤)	5mg	0.05g	50mg	0.5g
	15mg	0.15g	成分量 150mg	1.5g
	20mg	0.2g	200mg	2g
アレビアチン散10% (抗てんかん剤)	200mg	2g	成分量 2000mg	20g
ウインタミン細粒 (10%) (精神神経用剤)	12.5mg	0.125g	125mg	1.25g
ピレチア細粒10% (抗ヒスタミン剤、抗パーキンソン剤)	15mg	0.15g	150mg	1.5g
アレビアチン散10% (抗てんかん剤)	180mg	1.8g	1800mg	18g
エクセグラン散20% (抗てんかん剤)	90mg	0.45g	450mg	2.25g
フェノバルビタール散10% (催眠・鎮静剤、抗てんかん剤)	80mg	0.8g	800mg	8g
アスベリン散10% (鎮咳剤)	10mg	0.1g	100mg	1g
ムコダインDS50% (気道粘液調整・粘膜正常化剤)	270mg	0.54g	540mg	1.08g

※添付文書またはインタビューフォームに記載された薬効を掲載した。

2) 処方の種類

事例に記載された内容から処方の種類を整理したところ、入院中の処方が多かった。入院中の処方の事例のうち4件は持参薬から院内の処方へ切り替える際に発生していた。また、外来を紹介受診した患者の処方内容について、医師が前医に電話で問い合わせをした際に製剤量として回答された量を成分量と同じと思い、院外処方した事例も報告されていた。

図表Ⅳ－1－4 処方の種類

処方の種類		件数	
入院		8	
外来	院内処方	2	4
	院外処方	2	
合計		12	

3) 関連診療科

事例に記載された内容をもとに、処方に関わった診療科を整理して示す。

図表Ⅳ－1－5 関連診療科

関連診療科	件数
消化器科	3
整形外科	2
小児科	2
内科、循環器内科、心臓血管外科、泌尿器科、救急外来	各1

4) 当事者職種と職種経験年数

当事者職種は、処方を行った医師が最も多く、次いで処方監査や調剤を行った薬剤師が多かった。当事者の職種経験年数は10年未満が多かったが、職種経験15年以上の医師や薬剤師の事例も報告されていた。

図表Ⅳ－1－6 当事者職種と職種経験年数

職種経験年数	当事者職種		
	医師	薬剤師	看護師
0～4年	4	3	1
5～9年	4	1	3
10～14年	0	0	0
15～19年	1	1	0
20年以上	1	0	0

※当事者は複数回答が可能である。

5) 疑義照会の有無

薬剤師が医師に疑義照会をした事例は2件あり、いずれも入院中の処方事例であった。2件とも、疑義照会を受けた医師は処方について詳細を確認せず、薬剤師にそのまま調剤するように伝え、薬剤師は処方通りに調剤を行っていた。薬剤師は疑義照会の際、疑問点を具体的に示すこと、疑義照会を受けた医師は処方内容を確認して回答することが重要である。また、疑義照会を行わなかった事例の中には、薬剤師は処方量が多いと思ったが、添付文書の用法・用量に適宜増減と記載されていたことから許容範囲と思い、処方通り調剤した事例などがあった。

図表Ⅳ－1－7 疑義照会の有無

疑義照会の有無	件数
あり	2
なし	10

6) 間違いに気付いた契機

製剤量と成分量の誤認に起因する薬剤の投与量間違いに気付いた契機が記載されていた事例について、概要を示す。

図表Ⅳ－1－8 間違いに気付いた契機

発見者	間違いに気付いた契機
薬剤師	薬剤師は、調剤した薬剤を病棟に払い出した後、持参薬と院内処方薬を確認し、1回服用量が異なることに気付いた。 週末に入院した患者の持参薬から切り替えた処方を、週明けに病棟薬剤師が確認した際に誤処方に気付いた。
他の診療科医師	汎血球減少で緊急入院した患者を血液内科医師が診察した際、消化器科外来で処方されていたロイケリン散10%の過量投与に気付いた。
看護師	持参薬から院内の処方に切り替えてから4日目に、投与に関わった看護師が製剤量と成分量の違いに気付いた。

7) 患者への影響

「事故の程度」では、「死亡」や「障害残存の可能性が高い」といった重大な影響があった事例はなかった。「治療の程度」では、何らかの治療が必要となった事例が8件あり、そのうち4件は「濃厚な治療」であった。

図表Ⅳ－１－９ 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性が高い	0
障害残存の可能性が低い	1
障害残存の可能性なし	4
障害なし	6
不明	1
合計	12

図表Ⅳ－１－１０ 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	4
軽微な治療	4
治療なし	3

※「医療の実施あり」を選択した11件の内訳を示す。

次に、事例に記載された内容から、患者への具体的な影響と対応についてまとめて示す。抗悪性腫瘍剤のロイケリン散10%、抗てんかん剤のアレビアチン散10%は、過量投与されたことによる患者への影響が大きかった。

図表Ⅳ－１－１１ 患者への影響と対応

薬剤名	患者への影響	対応
ロイケリン散10%	発熱性好中球減少症	入院
	好中球減少の遷延によると思われる発熱	抗菌薬・G-CSF製剤を投与
	著明な汎血球減少 (顆粒球600、血小板3.7万/μL)	緊急入院、個室・無菌室管理、 抗菌薬・G-CSF製剤などを投与
アレビアチン散10%	せん妄様の不穏、軽度構音障害、 急性腎障害、PT-INR延長、心原性ショック	頭部CT検査、GI療法、CHDF、 血漿交換

(3) 事例の内容

主な事例の内容を紹介する。

図表Ⅳ－１－１２ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	<p>患者が緊急入院となり、医師は医療連携ノートに記載された患者情報を見て持参薬を処方した。その際に、「アレビアチン散10% 2g 朝夕2回食後」と記載があったため、「アレビアチン散10%≪成分量≫2000mg/2×朝夕食後」とオーダした。成分量であれば、正しくは「200mg/2×朝夕食後」とすべきであった。当院では、処方添付文書上の用量を超えている際にアラートが出て「#」が表示される。薬剤師は、処方監査の際、アレビアチン散10%に「#」が表示されていたため添付文書を確認したところ、通常用量1日200～300mgを超えていた。薬剤師は疑義照会の前にお薬手帳を確認しようと思いカルテを開いたが、まだ情報がスキャンされておらず確認できなかった。薬剤師が医師に疑義照会した際、医師は医療連携ノートの記載通りであったことから、この用量で内服しているものと思い、そのまま調剤するように指示した。薬剤師は、用量が多いと思ったが、添付文書に適宜増減とも記載されていたことから、医師の指示通り調剤して払い出した。翌日の朝（入院2日目）から内服開始となった。週明けの入院4日目に病棟薬剤師が処方チェックしている際に誤処方に関心し、医師に報告した。患者は、入院2日目の夜間からせん妄様の不穏があり、入院3日目の朝には軽度構音障害があった。頭部CT検査を施行したところ、入院時から大きな変化はなく、せん妄を疑った。不穏様の行動のため、アレビアチン散10%は入院3日目の朝までしか内服できなかった。入院3日目の血液検査では、PT-INR延長と腎機能の悪化を認め、この時点で急性腎障害（AKI）に移行していたものと思われる。入院4日目の朝方、意識レベルが低下し、血液検査でAKIの進行を認めた。誤処方の判明後、フェニトインの血中濃度を測定したところ、33.9 μg/mL（有効治療域：10～20 μg/mL）と高値であった。その後、GI療法等のAKI治療を開始した。入院4日目の夕方になり心原性ショックとなり、CHDFを開始した。フェニトインの血中濃度を下げるため、入院5日目、6日目に血漿交換を行った。入院7日目に、フェニトインの血中濃度は有効治療域まで低下した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・散剤のオーダは製剤量と成分量があるが、当院は成分量によるオーダである。 ・医師が処方を入力した際、アラートが表示されたが、「OK」を押すと突破でき、オーダすることができるシステムであった。 ・医師は、製剤量と成分量があることは知らず、薬剤師から疑義照会があった際も、医療連携ノートに書かれている用量で処方しており、患者はこの用量で痙攣が予防されているのだから問題ないと判断した。 ・医師は、疑義照会を受けた際、添付文書を確認しなかった。 ・薬剤師は、2000mgのオーダを見た際に製剤量である可能性に気付かなかった。 ・薬剤師は、添付文書の「適宜増減」に明確な基準はないにしても、目安を知らず、通常用量の10倍量近い今回の投与量でも許容範囲であると判断した。 ・薬剤師は、疑義照会の際、具体的に添付文書の用量の7～10倍の量だと伝えた方が望ましかったが、「通常用量を超えています」としか言わなかった。 ・薬剤師は、一人当直で相談できる相手がいなかった。 ・緊急入院の際に病棟薬剤師が不在であった場合は、次の出勤日に持参薬を確認し、医師の処方と照合する体制であった。 ・当院では、一回量が5gを超える場合は5g/包以下になるように分包しており、今回は10gを2包に分包した。 ・内服を介助した看護師は、他の薬剤でも量が多い場合があるため、疑問に思わなかった。 ・処方の指示を受けた看護師は処方量を見て多いかなと思ったが、医師から持参薬の継続処方だと言われていたので、それ以上確認はしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院全体で事例と注意点を共有した。 ・処方の際の「#」マークの意味に関する教育を病院全体に行う。 ・医師・看護師・薬剤師でRCAを行い、再発防止策を立てた。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 散剤の製剤量・成分量について、医師・看護師・薬剤師に教育する。 2) 処方オーダで散剤の処方量の上限値を設定することを検討する。 3) 疑義照会について薬剤師に教育し、疑義の内容を具体的に処方医に伝えることをマニュアルに明記する。 4) 当直帯の薬剤師は一名のため、翌朝に他の薬剤師が処方箋・注射箋の監査を行う。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
2	潰瘍性大腸炎に対し、ロイケリン散10%の内服治療を行う際、1日15mgの用量で投与するはずであったが、1日150mgで10日間投与されていた。1ヶ月後に好中球減少の遷延によると思われる発熱が生じたため、抗生剤及びG-CSF製剤を投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、上級医からの150mgという口頭指示に基づき処方を行った。 ・上級医は、以前に所属していた医療機関では、製剤量でオーダーしていたことから、これを念頭に製剤量を示したつもりであった。 ・当院では成分量でオーダーすることになっており、指示を受けた医師は成分量150mgと入力した。 ・オーダーを受けた薬剤師は、入力した医師に「通常、潰瘍性大腸炎には体重1kgあたり1日1.0～1.2mgの投与が推奨されているところ、この処方オーダーでは1日分が体重1kgあたり3mgに相当することになるが、間違いではないか」と疑義照会した。医師は、適正な製剤量・成分量を理解していないにもかかわらず、「150mgで間違いはない」と返答した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員に本事例に関する注意喚起を行った。 ・医療機関により処方オーダーの記載方法が異なっていたことが原因の一つであるため、今後も特に中途採用者向けの研修で本事例を取り上げ、定期的に注意を促していく。 ・薬剤師は、処方医への問い合わせで疑義が解消しない場合は、より上級の医師に疑義照会を行う。
3	患者は以前にアザチオプリンによる好中球減少があり、微量調節するために、2ヶ月前よりロイケリン散10% 0.05g（成分量5mg）の服用を週3回から開始した。その際、微量であることについて、保険薬局より問い合わせがあり、前回の好中球減少の経緯を説明した。2ヶ月後、電子カルテの処方量を50mgと入力した。保険薬局から当院への問い合わせはなく、調剤された。その1ヶ月後、患者は発熱性好中球減少症により入院となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方量は0.05gと入力していたが、2ヶ月後の診察の際は、製剤量のもりで50mgと入力した。 ・保険薬局の薬剤師は、単位が「g」から「mg」の表記になったため成分量と解釈し、50mg（製剤量0.5g）だと10倍に増えたことを認識していたが、成人男性としては通常の投与量の範囲であるため、当院への問い合わせはせず、調剤した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方オーダー上、成分量・製剤量を表示できるように改善した。

（４）事例の背景・要因

１）医療機関による処方記載方法の違い

報告された事例には、持参薬から院内の処方への切り替えの際などに、他の医療機関と処方記載方法が異なっていたことが背景・要因の一つとなって発生した事例があった。そこで、医療機関による処方記載方法の違いについて、事例の発生場面ごとにまとめた。

図表Ⅳ－１－１３ 医療機関による処方記載方法の違い

発生場面	内容
持参薬から院内の処方への切り替え	医療連携ノートに「アレビアチン散10% 2g 朝夕2回食後」と記載があり、医師は「アレビアチン散10%≪成分量≫2000mg 2×朝夕食後」とオーダーした。
	持参薬のピレチア細粒10% 0.15gは製剤量であったが、医師は成分量と考え、150mgと処方した。
	薬剤師は、患者の持参薬を確認し、「アレビアチン散10% 1.8g 分3、エクセグラン散20% 0.45g 分3、フェノバルビタール散10% 0.8g 分3」と製剤量で薬剤情報に記載した。医師は、製剤量で記載された薬剤情報を見て、アレビアチン散10% 1800mg 分3、エクセグラン散20% 450mg 分3、フェノバルビタール散10% 800mg 分3と処方した。
紹介受診	初診担当医は前医に電話で処方内容を問い合わせたところ、ロイケリン散10% 0.2g/日と回答があった。前医は製剤量を意図していたが、当院では成分量で処方することになっており、医師はロイケリン散10% 200mg/日と処方した。
上級医からの口頭指示による処方	上級医は、以前に所属していた医療機関では製剤量でオーダーしていたことから、製剤量を意図してロイケリン散10%を150mgと口頭で指示したが、当院では成分量でオーダーすることになっており、指示を受けた医師は成分量150mgと入力した。

厚生労働省は、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等、処方せんの記載方法の在り方について「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」を開催し、検討された結果を2009年に報告書¹⁾として取りまとめた。この報告書では内服薬の処方せん記載の在るべき姿が示され、散剤及び液剤の「分量」については、製剤量（原薬量ではなく、製剤としての重量）を記載することを基本とするとされた。また、内服薬処方せんの記載方法の標準化に至る短期的方策の一つとして、散剤及び液剤の「薬名」及び「分量」については、従来「g（mL）記載は製剤量、mg記載は原薬量」のように、慣例的に重量（容量）単位により判別・記載している例もあったが、薬名は製剤名、分量は製剤量を記載することを基本とすべきであり、例外的に分量を原薬量で記載した場合には、必ず【原薬量】と明示することが挙げられている。

その後、2015年度に「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」²⁾において、内服薬の処方せん記載の在るべき姿に向けた進捗状況等について、医育機関等を対象としたアンケート調査が行われた。その結果、単味の散剤の基本的な標記方法について、製剤名（薬価基準収載名、一般名処方名）を記載して「製剤量を記載している」と回答したのは56.2%、「原薬量を記載している」と回答したのは29.8%であった。また、原薬量で記載した場合に【原薬量】というように原薬量であることを明記している」と回答したのは28.2%、「分量がmgで記載されているから【原薬量】という補助記載はしていない」と回答したのは41.8%であった。この調査の後、内服薬処方せんの記載方法の標準化がさらに進捗している可能性はあるが、医療安全情報No.9「製

剤の総量と有効成分の量の間違い」の再発・類似事例は依然として報告されている。

2) その他の背景・要因

その他の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅳ－1－14 その他の背景・要因

医師
○知識不足
<ul style="list-style-type: none"> ・散剤のオーダは製剤量と成分量があることを知らなかった。 ・電子カルテには成分量で記載するよう表示されていたが、医師は気に留めることなく、製剤量を成分量と同じと思い込んだ。 ・当院では、製剤量で処方する場合は「g」、成分量で処方する場合は「mg」を使用することを主治医は知らなかった。 ・処方の際、添付文書を確認したが、見方を理解していなかった。
○疑義照会を受けた際の確認不足
<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、薬剤師から疑義照会をされた際、添付文書を確認せず、医療連携ノートに書かれている用量で処方しており、この用量で痙攣が予防されているのだから問題ないと判断した。 ・薬剤師が処方医に「通常、潰瘍性大腸炎には体重1kgあたり1日1.0～1.2mgの投与が推奨されているところ、処方された量では1日分が体重1kgあたり3mgに相当することになるが、間違いではないか」と疑義照会したところ、処方医は適正な製剤量・成分量を理解していないにもかかわらず、「150mgで間違いはない」と返答した。
薬剤師
○処方監査不足
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師は、2000mgという処方オーダを見た際に、製剤量である可能性に気付かなかった。 ・添付文書の「適宜増減」の明確な基準はないとしても目安を知らず、通常用量の10倍量近い投与量でも許容範囲であると判断した。 ・調剤時に分包量が多いことは分かっていたが、1回量を2包に分けるか否かのみ検討し、過量についての検討ができていなかった。 ・ロイケリン散10%の処方が前回の「0.05g」から今回は「50mg」の表記になり、成分量として50mg（製剤量0.5g）だと10倍に増えたことを認識していたが、成人男性としては通常投与量の範囲であるため、医療機関への問い合わせはせず、調剤した。
○疑義照会をする際の確認不足
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師は、疑義照会の際に、具体的に添付文書の用量の7～10倍の量だと伝えず、「通常用量を超えています」としか言わなかった。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・一人当直で相談できる相手がいなかった。
ルールの不備
<ul style="list-style-type: none"> ・当院では「g」は製剤量、「mg」は成分量を表すという取り決めはなく、標準的な共通認識のもと、慣例的に散剤の処方が行われてきた。 ・持参薬情報をカルテに入力する際、散剤は成分量で記載するなどの決まりがなかった。
その他
<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳には製剤量で記載されていることが多いが、全国的な統一は図られていない。 ・医師と薬剤師のコミュニケーションが十分でなかった。 ・看護師は製剤量と成分量の違いに気が付かなかった。

（５）医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１５ 医療機関から報告された改善策

○医師
<ul style="list-style-type: none"> ・当院のルールは「分量で処方する」ということを改めて周知した。 ・医療機関によりオーダの仕方が異なっていたことが原因の一つであるため、今後も特に中途採用者向けの研修で本事例を取り上げ、定期的に注意を促していく。 ・医局員全員が参加した検証会を行い、薬剤の処方における注意点を確認した。
○薬剤師
<ul style="list-style-type: none"> ・散剤の処方内容に疑問がある場合は、必ず薬剤師から医師へ疑義照会を行うことにした。 ・薬剤師は、処方医への問合せで疑義が解消しない場合は、より上級の医師に疑義照会を行うこととした。 ・持参薬情報のカルテ入力の際、散剤は分量で記載することを薬剤科で統一する。 ・病棟薬剤師が持参薬を確認した際に、当院で処方する場合の薬剤名と量を記載することとした。 ・薬剤師が1人で夜勤をしている時間に対応した処方箋や注射箋は、翌日の朝に他の薬剤師が監査する。
○システム
<ul style="list-style-type: none"> ・処方オーダに分量・製剤量を表示できるように改善した。 ・処方を製剤量で統一できないか検討する予定である。 ・ハイリスク薬は、添付文書上の用量の上限3倍以上の処方を禁止するように変更する。
○教育・周知
<ul style="list-style-type: none"> ・病院全体で事例と注意点を共有した。 ・分量と製剤量の区別を周知する。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・抗癌剤や免疫抑制剤を処方する時は院内処方を原則とし、過剰投与や不適切投与に制御機能が働くようにする。

（６）薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例

本財団が運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、保険薬局から調剤や疑義照会などの事例を収集し、情報提供をしている。同事業のホームページ「事例検索」³⁾ から、保険薬局の薬剤師が疑義照会を行った結果、正しい処方量に変更された事例を紹介する。

<参考>薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例

事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み
<p>かかりつけの病院でイーケプラドライシロップ50%を2g/日処方されていた患者が、発作を起こして救急病院を受診し、イーケプラドライシロップ50%の量が3g/日となった。患者が紹介状を持って元の病院を受診したところ、処方量が1.5g/日に減っていた。薬剤師が患者・家族に聞き取りをしたところ、処方医は救急病院と同じ量で処方したと話していたことが分かった。処方医に電話で問い合わせたところ、紹介状に1500mg/日と書かれていたので1.5g/日でよいと考えたと返答があった。薬剤師は、1500mgは分量であるため、製剤量として3gではないかと確認して、3g/日に変更になった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救急病院は分量で処方、かかりつけの病院は製剤量で処方をしていることで、勘違いが生まれたのではないかと思われる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方が、分量であるか、製剤量であるかを把握する。 ・患者や家族から、量の変更を医師から聞いているか、減量や増量の要因があるかを聞き取り、不明な場合は必ず医師に確認する。

(7) まとめ

「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報No.9)について、第33回報告書の分析対象期間後の2013年4月以降に報告された再発・類似事例12件を分析した。事例の概要では、事例に関連した薬剤、関連診療科、疑義照会の有無、患者への影響などを整理して示した。さらに、主な事例の内容を紹介し、背景・要因、医療機関から報告された改善策をまとめて示した。

報告された事例から、医療機関による処方記載方法の違いが要因となって、持参薬から院内の処方への切り替えや紹介受診などの際に製剤量と成分量の間違いが生じている現状が明らかになった。医療機関内では慣例とされている記載方法であっても、他の医療機関では解釈を誤る可能性があるため、処方の内容が製剤量なのか成分量なのかを明記するシステムが必要である。また、医師が製剤量と成分量の違いを理解していなかったことや、院内の処方のルールを知らなかったことが要因に挙げられていたことから、散剤の製剤量と成分量に関する教育や処方記載方法の周知に継続的に取り組む必要がある。処方を適切に記載することが基本であるが、薬剤師は処方を監査し、疑問点を具体的に示して疑義照会を行うこと、医師は照会された内容を理解した上で処方内容を確認して対応することも、医療事故の防止のために重要である。

(8) 参考文献

1. 厚生労働省. 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書. 平成22年1月. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf> (参照2021-7-6).
2. 平成27年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」(研究代表者: 国際医療福祉大学薬学部 土屋文人). <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25574/1> (参照2021-7-6).
3. 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業ホームページ. 事例検索. <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/phsearch/SearchReport.action> (参照2021-7-6).