

調査2 処方オーダーシステムを1日量処方から1回量処方に変更した際、薬剤を過剰処方し患者に投与された事例

報告時の事例

事故の内容	背景・要因	改善策
<p>電子カルテシステム更新時に、内服処方オーダー方法を1日量処方から1回量処方へ変更した。その後、処方入力間違いと過量内服となった事例が2件発生した。</p> <p>①ティーエスワン配合OD錠の院外処方オーダー時に、1回2錠、1日2回(1日4錠)と入力するべきところ、誤って1回4錠、1日2回(1日8錠)と入力した。添付文書の用法用量の範囲外であったが、保険薬局も気付かず調剤し、患者は倍量を内服した。1週間後、患者が外来受診した際に倍量処方分かり、正しい用量へ変更した。骨髄抑制などの副作用は認められなかった。</p> <p>②セルセプトカプセル250mgの院外処方オーダー時に1回2CP、1日2回(1日4CP)と入力するべきところ、誤って1回4CP、1日2回(1日8CP)と入力した。薬歴管理を行っていた保険薬局から処方医師へ投与量の確認があり、正しい投与量へ変更され調剤が行われた。しかし、電子カルテの処方オーダー履歴は変更されなかった。患者が当院へ休日に緊急入院した際に、院外処方オーダーを参考に処方オーダーをしたため、間違った投与量(1回4CP、1日2回)を患者が内服した。平日日勤帯にセルセプトの血中濃度測定値が高いため過量内服が分かった。患者は4回分服用していた。休薬を行った上で正しい用量へ変更した。</p>	<p>システム更新時に説明会を複数回開催していたが、内服処方オーダー方法の変更に関する重要性を説明する時間は短く、周知が不十分であった可能性がある。また、保険薬局への説明はシステム変更直前となり周知が不十分であったため、より注意して処方箋をみるという意識につながらなかったことが推測される。薬剤師が疑義照会すべき事例もあるが、添付文書における用法用量範囲内で処方量を間違えた事例もあり、薬剤師による鑑査で気付けない事例もある。県下の病院で1回量処方オーダーを行っている病院が少なく、医師にとっては入力間違いをしやすい状況にあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤部や医療安全管理部より注意喚起の資料を作成し、カンファレンスなどで薬剤師から1回量処方へ変更となった旨の周知を行うとともに、医師・看護師・薬剤師に対して周知確認書へサインをもらうことで周知の徹底を図った。 ・保険薬局に対しては、県の病院薬剤師会を通して周知を行った。 ・電子カルテシステムで上限量設定を行うなどの過量処方を防ぐ対策を検討中である。

現地状況確認調査の内容

医療機関の対応者

副院長、医療安全管理部(専従看護師、専従薬剤師)、看護師、薬剤師、事務職員(4名)

得られた情報

1. 事故発生の経緯: 医療機関側より説明(医療機関提供資料一式)

- ・今回報告した①②の事例は、違う患者への処方であった。

2. 背景・要因

○処方オーダーシステム

<電子カルテ更新前>

- ・処方オーダー画面に「1日量」を入力し、単位を選択して処方していた。

<電子カルテ更新後>

- ・処方オーダー画面は、薬剤名、1回量、1日量、製剤量単位の順に項目が並んでいる。
- ・処方オーダー画面に「1回量」を入力すると1日量が自動計算される。1日量は製剤量単位で表記されている。
- ・「1日量」は基本的には入力できないが、散剤、水剤の場合には「内服1日量」にチェックを入れると1日量で処方できる。製剤量単位(g)が初期設定となっているが、単位の変更ができ原薬量単位(mg)で入力することも可能である。

○院内への処方オーダーシステム変更の周知

- ・更新前と1回量処方入力対応後の処方オーダー画面、院外処方箋のイメージを示して説明した。
- ・病棟薬剤師が病棟の医長や看護師長に対して情報を周知した。
- ・医療情報管理部が異動してきた医師に対して研修会を行っており、1回量処方についても研修内容に入っている。

○保険薬局への処方オーダーシステム変更の周知

- ・県の薬剤師会に対して、薬剤部長から連絡した。
- ・当院の処方箋を応需している薬局宛に、院外処方箋様式の1回量処方入力への変更を通知する文書を、変更開始日の8日前に発出した。システム上、1日量を入力すると1回量が算出され、処方箋には1日量と1回量が併記される予定としていたが、1回量のみ処方入力システムに変更することにしたため、病院からの連絡が遅くなった。
- ・当院の処方箋を応需している薬局宛の文書には、内服薬の用量を入力するシステムを「1日量」から「1回量」に変更すること、散薬や水薬の処方量に【製剂量】か【原薬量】を明記することを主な変更点として記載した。また、いくつかのパターンを記載例として示した。

例1) ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」1回1錠(1日3錠)

1日3回朝昼夕食後 14日分

例2) アキネトン錠1mg 不均等(1日2.5錠)

1日3回朝昼夕食後 14日分

朝1錠、昼0.5錠、夕1錠

○院外処方箋

- ・電子カルテ更新前は1日量のみ表記であったが、電子カルテ更新後は、「1回1錠(1日3錠)」のように1回量と1日量が明記されている。
- ・処方箋には、検査値が記載されている。

○保険薬局からの疑義照会

- ・継続処方の場合には前回の処方内容と比較して用量が異なっていることに気付けるが、ティーエスワン配合OD錠T20の事例は、処方オーダーを1回量処方入力に変更した後の新規処方であり、気付くことができなかった。
- ・保険薬局からの疑義照会は外来で処方した医師へ直接行っている。疑義照会の内容を医師がカルテに記載することになっているが、記載していないこともある。
- ・薬剤部へは、保険薬局からの疑義照会の結果および調剤した処方内容がFAXで送信される。それらは、疑義照会を受けた医師へ渡したり、各患者のカルテには保存せず、薬剤部で保管している。
- ・医師が電子カルテで処方オーダーを修正していない場合は、薬剤部で修正することもある。
- ・地域とのネットワークの環境が構築されており、ネットワーク参加の保険薬局はカルテの診療情報を閲覧できる。

○その他

- ・薬剤師は、約60名である。
- ・県下で1回量処方入力を行っている医療機関は2施設である。
- ・電子カルテシステム更新時に、1日量を入力すると1回量が表記されるシステムもベンダーから提案されたが、1回量を入力するシステムに変更することを決定した。
- ・医療安全管理部では、1回量処方への変更によってインシデントが発生する可能性を事前に検討していた。1回量処方に変更後2ヶ月間で医療安全管理部に8件のインシデント報告があった。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

- ・内服の抗がん剤などを対象にシステムで最大投与量の設定を行った(例 ティーエスワン20mg:1回3錠(包、カプセル))。
- ・処方オーダー入力後のオーダー確認画面において、最大投与量を超える旨のアラートとして赤色で「⊖」をRP番号の横に表示し、用量を変更しない限りオーダーの確定ができないようにした。
- ・1回量処方に変更を開始した2日後に薬剤部ニュースを発行し、1回量処方オーダーについて注意喚起し、処方例を掲載した。
- ・薬剤部専用の掲示板に薬剤部ニュースを掲示し周知した。また、薬剤部ニュースは閲覧し、サインをもらうことで閲覧したかどうか確認している。
- ・医療安全管理部が月1回程度発行しているヒヤリハットニュースで、1回量処方オーダーへの変更による過量処方について注意喚起した。リスクマネージャーから各職種に対して周知し、サインをもらうことで閲覧したかどうか確認している。
- ・医療安全会議、医療安全管理委員会、リスクマネージャー会議で事例を共有した。

調査時の議論等 (○：訪問者、●：医療機関)

- システムで上限量をガイドできるように対応されてはいかがか。
- 一部の薬剤で最大投与量の設定を行ったが、全ての薬剤について対応するのは難しいと思っている。
- 保険薬局からの疑義照会の結果および調剤した処方内容がFAXで送信されているが、医師へ調剤した結果を返すことや正しい記録として残すことが必要であり、患者のカルテに保存した方がよいのではないか。
- 医師が受けた疑義の内容について、誰がどのようにカルテに反映するかなどの運用については今後取り決めを作成する予定である。
- 患者自身が処方内容を確認できるように、患者への働きかけをしてはいかがか。
- 継続処方の場合には患者が気付くことができる可能性があるが、用量を間違えるのは新規処方の場合が多く、患者自身で気付くことは難しいため保険薬局で止めるしかないと思っている。
- 保険薬局に対して1回量処方への変更のお知らせが遅くなったとあったが、1日量と1回量の併記であれば問題ないのではないか。

III

- 1 [1]
- 1 [2]
- 1 [3]
- 1 [4]
- 1 [5]
- 2 [1]
- 2 [2]
- 3 [1]
- 3 [2]
- 4 [1]
- 4 [2]
- 4 [3]