

内服薬処方せんの記載に関する  
現状の課題と解決試案  
【看護師の立場から】

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会  
(平成21年6月22日)

慶応義塾大学看護医療学部 嶋森好子

# 平成19年1年間に報告された薬 剤に関連する事故の数

- 合計 98件
- 指示段階 30件 (量違い18件)
- 指示受け段階 2 (量違い 1 )
- 準備段階 21 (量違い 6 )
- 実施段階 33 (量違い 5 )

# 平成19年年報：共有すべき事故事例 (日本医療機能評価機構)

- ニューロタン(ロサルタンカリウム)をニューレプチル(精神神経用剤)と間違った。
- スローピッド(テオフィリン)を、スローケー(塩化カリウム)と間違い。
- 医師が退院処方としてインクレミンシロップ(鉄欠乏性貧血治療薬)1.5ml,7日分と処方すべきところ、小数点が入力されず、10倍処方されて過量投与となった。
- 座薬の処方があり半分に分けて挿入することが指示書には書かれていたが、処方箋のコメント欄には記載がなかったため、そのまま1個挿入し過量投与になった。
- 内科外来で硫酸アトロピン末(抗コリン剤)、1.5mg分3の処方したところ、院外処方薬局では、硫酸アトロピン原末(g/g)を1.5gで調剤したため、1000倍量を内服することになった。<sup>3</sup>

- 他科受診した患者に、その医師からリン酸コデイン60mg3 × の指示があった。主治医は、180mgを1日3回に分けて内服するように処方をしたため、3倍量の処方が行われた。
- デカドロン錠を粉末にする処方がオーダリン状ではできないために手書きで処方を書いた。2mgと書くべきところ20mgと書いてしまった。処方後の監査で薬剤師が気付いた時には内服後であった。
- イソニアジド0.3gと処方すべきところ、3gと処方した。(300mg, 3錠が頭にあって勘違いした。
- 入力の時ノルバスク5mg、1錠と入力したつもりであったが、5錠と入力してしまった。
- アレビアチンを内服から注射に変える際、「分3」を「×3」と勘違いし、250mg (3A/1日)と指示して過量投与になった。
- 外来で前回と同じ処方を出すつもりで、医師がカルテに残されていた処方控えコピーして処方したところ、1年前の処方控えがなくなっていたため、間違った処方となった。

# その他病院や在宅ケアの場で 生じるエラーの事例と対策

自治体病院や訪問看護ステーション  
の看護職からの意見

# がん看護専門看護師養成課程 修了者からの意見

- デュロテップのMTパッチが発売されてから、従来のパッチとの混同を防ぐためにMTパッチのmgのあとに(前〇mg相当)と記載している→薬剤の規格や包装の変更に伴う誤りを少なくする工夫が必要

# がん終末期を専門に扱う 訪問看護ステーションから

- モルヒネの使用量でmgかmlか、また、オピオイドの包装や錠剤の色が容量によって異なる点が問題となった（医師の確認ミスによる誤った処方があり、指示を受けた薬剤師も気がつかなかった）。薬剤の効果判定を看護師が行った際に、異変に気がつき、看護師と薬剤師で再確認したところ、間違いが判明した。→在宅で取り扱い可能な薬剤の種類や容量と包装形態が記載されている伝票を用いるなどの工夫が必要

# 在宅や地域で間違いが起こりやすい ケースとその対策

- 内服で間違いやすいのは、朝と夕で内服量が異なる(オキシコンチンなど)貼付薬の場合は、デュロテップパッチを72時間ではなく48時間で交換する時にスルーしてしまう時です。  
→イレギュラーな場合やミスを誘発しやすい場合には薬袋の投与量や時間のところに赤丸をつけるなど工夫している。

# 包括指示によって看護師に量の判断を任されている薬剤の場合

- 薬剤名と、1回の使用量が明示されていればこれを何回使うかによって、1日の使用量が明確になるので、管理がしやすく、間違いは起こらない。内服薬、軟膏類、うがい薬、貼付薬、吸入など、治療の副作用で起こりうると予測されている症状などの対処のために使用されている。

# 処方せん記載に係る法令上の規定

## ・医師法施行規則（第21条）

「患者に交付する処方せんに患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し・・・」

## ・歯科医師法施行規則（第20条）

「患者に交付する処方せんに患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し・・・」

## ・保険医療機関及び保険医療養担当規則（第23条）

「保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2号またはこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載し・・・」

# 現状の課題

1. 処方された薬を投与する看護師の中には、「3×」「×3」の意味を理解していない者が多い。
2. 在宅看護では患者の状態によって内服量を変えることがあり、1回量が明示されていないと、調整を誤る。
3. 水薬や散薬の賦形によって、処方量と調剤量とが違っていることが間違いの原因になっている。

# 現状の課題の対応策

1. 日本語で「3回に分けて」とか「1日3回」と記載するとともに、1回量を明示する → 事故防止・安全に必要不可欠である
2. 在宅看護を受ける患者への与薬にも対応できるように、1回量の明示を基本とした処方せん記載をする → 薬剤の使用場面の多様性に至急対応することが必要である
3. 賦形された水薬や散薬の場合、処方量と調剤量が違っていることが分かるような注意書きをする → 処方箋の記載方法ではないが、調剤によって見かけが変わる場合の対処が必要

# 移行期の対応策

1. 1日量の処方か、1回量の処方かを推測することなく一意的に解釈できる処方せん記載を始める
  - ← 現行のシステムで対応可能である
2. 1回量処方を基本とした、統一的な標準記載方法を決定し、あらかじめ設定した適用開始時期に向けて体制整備を推進する
  - ← システム整備に要する時間推計を元に適用開始時期を設定する
  - ← 処方システム改修に係る費用負担が標準記載方法の普及を妨げる要因にならないようなベンダーの社会貢献を期待