

(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。