

事例5

患者は、他科から処方されていたアレビアチン250mg（1日量）を内服していた。患者は内服が困難になり、医師は、アレビアチンを点滴に変更した。処方せんに記載された内服指示の「アレビアチン250mg 分3」を注射指示にする際、「×3」は「分3」を意味すると思い「アレビアチン注250mg ×3」とオーダー入力し、患者に1回250mgを1日3回投与した。

当院の薬剤のオーダーでは、内服薬は1日量で処方し、注射薬は1回量で処方するシステムとなっているため間違いやすかった。

(3) 処方に関する記載

これまで報告された処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例において、間違いの要因となった処方内容が記載された媒体を次に示す。

図表Ⅲ-3-10 薬剤量間違いの要因となった処方内容が記載された媒体

媒体	件数
院内マニュアル	1件
プロトコール	1件
指示書	1件
カルテ	1件
処方せん	1件
合計	5件

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 処方する際、1日量、1回量など用法・用量を確認する。
- ② 注射薬、内服薬の指示方法を1日量と1回量が混同しにくい方策を検討する。
- ③ マニュアルに記載されている用法・用量を院内のオーダーリングの入力に併せた形に書き直し、使用することにした。

(5) まとめ

平成20年5月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、処方の際は記載されている量が1日量か1回量かがわかるよう明確に記載することを掲載した。

5件の報告事例をみると、処方内容の記載の解釈の違いにより薬剤量の間違えを引き起こした記録媒体は、処方せんでだけでなく、指示書やカルテ等の診療録や院内マニュアル、プロトコールにも及んでいる。処方の際に文献等を参考にする場合、用法・用量の記載に多様な表現が用いられていることを認識し、使用においては十分な注意が必要である。今後、処方内容の記載の視点から医療安全を検討する上では、処方内容を記載する全てのものに記載方法を統一する必要があることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例発生の変向に注目していく。