

内服薬処方せんの記載方法に関する現状の整理

1. 医療安全対策検討会議からの意見（平成 17 年 6 月）

医療安全に関する対策の企画、立案及び関連事項について検討された医療安全対策検討会議において、「処方せんの記載方法等に関する意見」が医政局長あてに提出された。処方せんの記載方法等について、医師、医療機関の間で統一されておらず、そのことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故が後を絶たない状況にあり、医療安全の観点からも、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきであるとされている。

（別添 1）

2. 厚生労働科学研究における調査・検討

平成 14 年度より、処方せんの記載方法等について、調査・検討を実施。

（別添 2）

3. 医療安全情報における注意喚起

財団法人日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業において、収集した医療事故情報等を分析し、特に注意喚起が必要な事例について、概ね 1 月に 1 回の頻度で、医療機関等へ医療安全情報として情報提供している。この中で、処方せんの記載方法に関連する事例についても注意喚起を行っている。（別添 3）

4. 医療事故情報収集等事業報告書における記載

財団法人日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業に報告された、薬剤に関する医療事故及び与薬準備、処方・与薬に関するヒヤリ・ハット事例は、以下のとおりである。(別添4)

[医療事故情報]

	薬剤
平成17年	57件(5.1%)/1,114件
平成18年	77件(5.9%)/1,269件
平成19年	77件(6.1%)/1,266件

[ヒヤリ・ハット事例]

	与薬準備	処方・与薬	調剤・製剤管理等
平成17年	3,535件(1.9%)/182,898件	47,535件(26.0%)/182,898件	7,343件(4.0%)/182,898件
平成18年	3,747件(1.9%)/195,609件	46,433件(23.7%)/195,609件	6,333件(3.2%)/195,609件
平成19年	4,580件(2.2%)/209,216件	46,056件(22.0%)/209,216件	5,953件(2.8%)/209,216件

(出典：医療事故情報収集等事業 平成17～19年年報)

これらのうち、内服薬処方せんの記載に関連していると思われる医療事故及びヒヤリ・ハット事例の具体例については、別添5のとおり。

平成 17 年 6 月 8 日

厚生労働省医政局長
岩尾總一郎殿

処方せんの記載方法等に関する意見

医療安全対策検討会議
座長 高久史麿

本検討会議は、医療安全対策について議論を重ね、今般、処方せんの記載方法等に関し、別添のとおり意見を取りまとめたので、これを報告する。

処方せんの記載方法等に関する意見

当検討会議においては、医療安全対策について検討を行ってきたところであるが、ヒューマンエラー部会から処方せんの記載方法等についての意見が提出されたため、これに基づき議論を行ったところである。

処方せんについては、医師法等に基づき記載が行われているが、記載方法、記載項目等については、医師、医療機関の間で統一されておらず、そのことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故が後を絶たない状況にある。

このような認識の下、当検討会議としては、医療安全の観点からも、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきであるという結論に達したところである。

厚生労働省においては、本件について適切に対応されることを強く期待するものである。

処方せんの記載方法に関する検討の経緯

平成 14 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

病院、診療所、薬局に対しアンケート調査を実施。

- 処方せんの記載方法に統一した規格がなく、医学教育や臨床研修でも系統的な教育に乏しいことが示された。

平成 17 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

情報伝達エラーを防止するため、処方せん記載方法の「標準案」を作成。

平成 18 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

医育機関に対し、処方せん記載の現状と「標準案」に関する調査を実施。

- 処方せんの記載は、極めて多彩。
- 「標準案」に対しては、ほぼ半数が妥当と回答。
- 「標準案」実施の際には、過渡期の過ごし方が極めて重要と示された。

平成 19 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

診療所、歯科診療所、薬局に対し、18 年度と同様の調査を実施。

- 「標準案」に対して反対する意見はあるものの、全体としては肯定が多数。
- ただし、内服薬の 1 回量処方については、診療所 30%、歯科診療所 9%、薬局 58%が「妥当ではない」と回答。

平成 20 年度 研究班（主任研究者：齊藤壽一）

「標準案」導入時の課題と方策について検討。



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています(集計期間: 2004年10月1日~2007年3月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

内服薬処方において、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が報告されています。

指示内容

セレニカR 顆粒40% 注) 1日1250mg

医師が意図した 指示内容

有効成分の量として
1日500mg (1250×0.4) の処方を意図
∴製剤の総量=1250mg
を指示

薬剤師の 指示内容の解釈

有効成分の量として
1日1250mg の処方と解釈
∴製剤の総量=3125mg (1250÷0.4)
を調剤

注) 有効成分：バルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬剤〉 アレビアチン散10% フェノバル散10% など

製剤の総量と有効成分の量の違い

事例 1

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として「セレニカR 1.25g分2朝・夕」（有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当）と記載されていた。医師は同一内容の処方箋を意図してオーダー画面に「セレニカR顆粒40% 400mg/g 1250mg 朝・夕食後」と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分（バルプロ酸ナトリウム）の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40% 3125mgを調剤した。家族から患者に嘔吐などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。

事例 2

患者は呂律がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノートに記載された「フェノバル散10% 1.5g/日」を見て同一内容の処方箋を意図して「フェノバル散10% 1500mg/日」と指示したところ、当院薬局では慣例として、「g」表示の場合は製剤の総量を、「mg」表示の場合は有効成分の量を意味したため、調剤の過程で、「mg」単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

事例が発生した医療機関の取り組み

処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量が製剤の総量であるかを付記する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

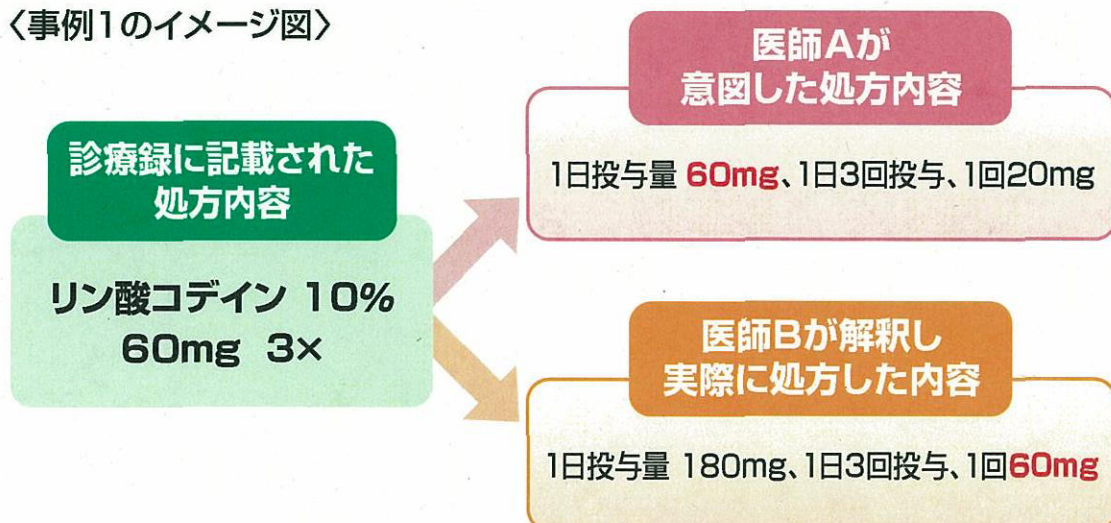
No.18 2008年5月

処方表記の解釈の違いによる 薬剂量間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剂量の間違いが3件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日~2008年3月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**「3×」や「分3」の表記を
3倍と解釈したことによる
薬剂量の間違いが報告されています。**

〈事例1のイメージ図〉



処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

事例 1

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、診療録に「リン酸コデイン10% 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、「リン酸コデイン180mg 分3」と処方し、患者に投与した。

事例 2

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。内服が困難となったため、主治医はアレビアチンを点滴に変更した。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、「1回250mg を1日3回投与」だと勘違いして指示を出し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

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。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

医療事故情報収集等事業 概要

1. 目的

報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

2. 実施機関

(財) 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

3. 対象医療機関

対象医療機関は、次に掲げる報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

1) 報告義務医療機関 272機関（平成20年12月31日現在）

- ① 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の付属施設である病院（病院分院を除く）
- ④ 特定機能病院

2) 参加登録申請医療機関 283機関（平成20年12月31日現在）

報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

4. 報告方法及び報告期日

インターネット回線（SSL暗号化通信方式）を通じ、Web上の専用報告画面を用いて報告を行う。報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関において報告の範囲に該当する医療事故が発生した場合には、当該事故が発生した日もしくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に、報告を行う。

5. 収集・分析結果の公表

収集した情報は医療事故防止事業部において専門家が分析を行い、報告書として取りまとめて医療機関、国民、行政に対して広く公表をする。

また、報告書を踏まえ必要に応じて、行政、関係団体、個別企業に対して医療安全に資すると考えられる提言・要請を行う。

6. その他

参加登録医療機関（平成20年9月30日現在 1, 138機関）から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集、分析し、提供している。

内服薬処方せんの記載に関連した医療事故等の事例

1. 処方せんの薬名、分量、用法、用量記載に関連していると思われる誤り
2. 処方せんの1日量・1回量記載に関連していると思われる誤り
3. 成分量・製剤量記載に関連していると思われる誤り
4. その他

注1) 医療事故情報収集等事業報告書において、公表されている事例のうち、処方せんの記載に関連していると思われるものを抽出し、報告書の記載の通りに抜粋したものであり、記載されている情報以上の詳細は明らかではない。

注2) 上記1～4の類型については、事務局において便宜上分類したものである。

1. 処方せんの薬名、分量、用法、用量記載に関連していると思われる誤り

事例1)

耳鼻科より処方された薬「ムコダイン（500）3×」が終了したため、臨時に主治医が処方した。その際に主治医は日頃より処方しない薬剤のために単位を記載せずに「ムコダイン 3×」と記載して処方した。院内採用薬は「ムコダイン（250）」のみであったために、薬剤部では確認せずに「ムコダイン（250）3×」で調剤し患者に渡してしまった。

（第4回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成17年10月～12月）

注）ムコダイン：去痰剤

事例2)

診断医より外来カルテにコートリル（15-0-5）mg の内服指示の記載があった。外来診察時、医師は、コートリルを処方し、「コートリル（15-0-5）」と処方箋及びカルテに記載した。調剤を担当した薬剤師は、単位が錠数か用量かが不明であったため、外来へ出向き疑義照会を行った。医師に記載した単位が錠数であることを確認し、20錠/日で調剤を行った。コートリルの錠剤の規格は10mg であるが、医師は1mg だと思い込み、薬剤師に返答した。1ヶ月後の受診時も同様の処方を行った。更に1ヶ月後の受診の際、患者は炎症所見の悪化を認め入院した。入院担当医が外来処方を確認すると、コートリルが過剰投与されていることに気付いた。

（第14回報告書 医療事故情報 平成20年4月～6月）

注）コートリル：副腎皮質ホルモン剤

2. 処方せんの1日量・1回量記載に関連していると思われる誤り

事例3)

持参薬ルーラン（抗精神病剤）、アキネトン（抗パーキンソン剤）を「3錠／分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。（後略）

（第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月～3月）

事例4)

入院中の患者は他科を受診した。他科の医師はカルテに「リン酸コデイン60mg、3×の処方をお願いします」と記載した。他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図したが、主科の担当医はカルテを見て「3×」を1日3回と解釈したため、処方箋にリン酸コデイン180mg 分3と記入した。このため1回の投与量60mg、1日3回で服用した。

（第11回報告書 医療事故情報 平成19年7月～9月）

注) リン酸コデイン：呼吸器疾患における鎮咳・鎮静等に用いる薬剤

事例5)

胃ろう設置患者で、転院時、持参薬があった。デパケンシロップ18mL/ 3×1と有ったが、3×1を見落とし1回量を18mLで準備し注入してしまった。

（第11回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年4月～6月）

注) デパケンシロップ：抗てんかん剤

事例6)

手術後、術前から内服していたアレビアチンを内服から点滴に変更した。その際、内服薬処方のアレビアチン250mg 「分3」を「×3」と勘違いし、アレビアチン注250mg 3A / 日として処方し投与した。せん妄症状が改善しないため、神経内科にコンサルトし、14日後にフェニトイン血中濃度を測定した結果、濃度上昇を認め、間違いに気付いた。

（第12回報告書 医療事故情報 平成19年10月～12月）

注) アレビアチン：抗てんかん薬

事例7)

ラステット 25mg を1回1Cap1日2回の指示であったが、1回2Cap投与してしまった。処方箋には医師の手書きで「2Cap 2×」と指示があり、またさらに前指示である「2Cap 分1」の手書き指示も残っていた。看護師でダブルチェックを行ったが、1回2Cap と思い込み、2Cap 2×の指示を誤って認識した。指示が多くあり、混乱しやすい状況であったため、医師にその場で1回2Cap でよいかを口頭で確認したところ、医師は1日2Cap と聞かれたと勘違いして、返事をしたため、2Cap 投与してしまった。後で医師に確認したところ1回1Cap であることが判明した。

(第13回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年度10月～12月)

注) ラステット：抗悪性腫瘍薬

事例8)

生後4ヶ月の患者のミオーカム0.8mL 分2の指示を0.8mL ×2回と勘違いし、1回量0.4mL のところ0.8mL 与薬した。次勤務者により発見された。患者に変化はなかった。

(第13回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年度10月～12月)

注) ミオーカム：抗てんかん薬

3. 分量・製剤量記載に関連していると思われる誤り

事例9)

前医の紹介状にてアレビアチン散10% (抗てんかん剤) 1.8g と記載があり、そのままアレビアチン1800mg として処方した。製剤量と分量の違いを理解できておらず、薬剤師の問い合わせに対しても耳を貸さず1800mg 処方を指示した。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例10)

前医での処方箋の写しが「フェノバル剤10% (催眠・鎮静・抗痙攣剤) 1.5g/日」とあり、医師は病院のコンピューターで、「フェノバル剤10%1500mg/日」と処方した。前医では「フェノバル150mg/日」であったが、当該病院では「1500mg/日」の過剰投与となった。患者に呂律が回らなく過剰投与によると考えられる症状が出たため気付いた。当該病院の薬局ではグラム表示の場合には全量 (薬と混合物) の重さを示し、ミリグラム表示の場合は薬の量を示すことが多いため、指示の1500mg とは薬の量を意味していると誤解した。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例11) 当直時間帯に、ニコチン酸アミド1200mg 3×7日分の入院処方オーダーがあった。ニコチン酸アミド(10倍散)84g/21包で調剤すべきところ、10倍散に気付かず10分の1量で調剤し病棟に払出した。3日後病棟薬剤師が間違いに気づきミスが発覚した。その時点で調剤し直し払出した。患者は発覚時の朝食後まで内服していたが、特に変化はなかった。

(第8回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年4月～6月)

注) ニコチン酸アミド: ビタミン剤。口内炎・口角炎治療薬

事例12)

他院から紹介され来院した患者。他院の紹介状に内服薬セレニカR (抗てんかん剤) 1.25g 分2朝夕、の記載があった。医師は同内容、同量のつもりでオーダー画面より、セレニカR顆粒400mg/g 1250mg 分2朝夕と処方した。調剤薬局ではバルプロ酸1250mg (=セレニカR顆粒3.125g) を調剤した。結果、診療情報提供書に記載された2.5倍量 (予定量はバルプロ酸(500mg) が投与された。

(第8回報告書 医療事故情報 平成18年9月～12月)

事例 13)

内科で硫酸アトロピン末 (抗コリン剤) 1. 5mg 分3の処方をした。院外処方薬局では、硫酸アトロピン末 (mg/g) のところ、硫酸アトロピン原末 (g/g) を1. 5g で調剤したため、患者は予定の1000倍量を内服した。

(第10回報告書 医療事故情報 平成19年4月~6月)

事例 14)

ロイケリン散 (白血病治療剤) 1回65mg 1回分処方のところを、10%ロイケリン散 1回65mg 1回分で調剤し払い出した。倍散調剤であったために、1/10量の調剤となった。

(第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月~3月)

4. その他

事例 15)

他科（整形外科）からの処方指示を受けていた所、他は28日分あったが、リウマトレックスは4日分で用法が「1日2回、朝、夕食後」という指示であった。他科の医師に確認すると「木曜日のみ内服する。患者本人は分かっているから」と言われた。リウマトレックスは連続投与ですると重篤な副作用を起こす。

（第8回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年4月～6月）

注) リウマトレックス：抗リウマチ薬

事例 16)

患者は十二指腸潰瘍の出血で緊急入院してきたが、リウマチの既往があり紹介状の薬品情報欄に「メソトレキセート（葉酸代謝拮抗剤）3錠2×」と記載があった。投薬期間などの記載は無かった。担当医はこの持参薬を緊急入院時の夜より指示し、実際より3回分多く内服させていた。

（第9回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年7月～12月）

注) メソトレキセート：抗リウマチ薬

事例 17)

救急で入院する患者を当直医から引き継いだ。検査に出す際、患者の持参薬について、服用するものを聞かれ、前医（かかりつけ医）からの処方時の患者への説明書のみ見てプレドニゾン（合成副腎皮質ホルモン剤）とリウマトレックス（抗リウマチ剤）の内服を指示した。入院翌日にリウマトレックスの処方のみが切れると報告を受けた。この時点でリウマトレックスのみが4日分処方、他は28日分が不思議に思い、家族に問い合わせたところリウマトレックスは週1回（金）に朝・夕で1Tずつ服用であったことが判明した。患者用の説明書、前医の処方箋にも1日2回朝・夕4日分の処方記載であった。リウマトレックスの薬剤についている用紙には何も記入してなかった。患者は白血球が減少し治療をした。患者と家族には説明し謝罪をした。

（第9回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成18年7月～12月）

事例 18)

病棟で鑑別入力書を見ながら分包したが、ラシックス（利尿降圧剤）40mg 0.5錠（火・木・土・日）与薬するところを、毎朝食後で1週間分に分包したため、3日間余分に服用してしまった。

（第10回報告書 ヒヤリ・ハット事例 平成19年1月～3月）