

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付くミスが発覚した。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）