

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

これまでの経緯

「処方せんの記載方法に関する医療安全対策」研究体制

(主任研究者)

齊藤 壽一 社会保険中央総合病院院長

(分担研究者)

門林 宗男 兵庫医科大学病院薬剤部長 (H20, H17~H19:研究協力者)

楠岡 英雄 国立病院機構大阪医療センター院長 (H19~, H17~H18研究協力者)

土屋 文人 東京医科歯科大学歯学部附属病院薬剤部長

三宅 祥三 武蔵野赤十字病院院長 (H19, H17~H18:研究協力者)

(研究協力者)

飯沼 雅朗 日本医師会常任理事

飯島 康典 日本薬剤師会常務理事 (H14, H17~H19)

岩月 進 日本薬剤師会常務理事 (H20)

上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科教授

江里口 彰 日本歯科医師会常務理事

佐々木久美子 日本看護協会

力石 陽子 日本赤十字社事業局看護部

(五十音順)

処方例についての記載事項の種類及びその件数

【内用錠剤の処方例】

降圧薬のニルバジピンを原薬量として4mgを1日2回に分けて朝食後と夕食後に服用するよう処方したい。ニルバジピン錠2mgの製品（製品名：ニバジール錠2mg）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

【研究班の想定した現状（1日量）での記載例】

ニバジール錠2mg 2錠 分2 朝夕食後 14日分

【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ニバジール錠2mg 1錠 1日2回朝夕食後 14日分

薬品名	件数
ニバジール（2）	35
ニバジール（2mg）	19
ニバジール錠2mg	11
ニルバジピン（2）	9
ニバジール錠（2mg）	8
ニバジール2mg	7
ニルバジピン（2mg）	3
ニバジール錠（2）	2
ニバジール	1
ニハルジピン（2mg）	1
ニルバジピン	1
ニルバジピン錠2mg	1

分量	件数
2T	68
2錠	16
2tab	5
4mg	3
(2T)	2
2C	1
II	1
4T	1
記載なし	1

日数	件数
14日分	35
/14T	9
14TD	7
(14)	5
14T	5
14日	5
×14日分	4
/14TD	2
/14Td	2
／14日分	2
×(14)	2
×14T	2
14	1
G14TD	1
/14ds	1
×14days	1
×14TD	1
×14日	1
○月○日から14日間	1
14d	1
14Td	1
⑭	1
g14TD	1
g14TH	1
g14TM	1

（出典：平成18年度研究報告書）

【内用・散剤の処方例】

心不全治療薬のジゴキシンを原薬量として0.15mgを1日3回に分けて毎食後に服用するよう処方したい。ジゴキシン散0.1%の製品（製品名：ジゴキシン散0.1%）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ジゴキシン散0.1% 0.05g 1日3回 毎食後 14日分

薬品名	件数
ジゴキシン散(0.1%)	37
ジゴキシン散(0.1%)	16
ジゴキシン散	8
ジゴキシン	6
ジゴキシン散	5
0.1%ジゴキシン散	5
ジゴキシン1000倍散	2
ジゴキシン散0.1% (1mg/g)	2
(以下は件数1件のもの)	
ジゴキシン散0.1, ジゴキシン(0.1)	
ジゴキシン (0.1)	

分量	件数
0.15mg	40
0.15g	12
1.5g	6
150mg	4
0.15mg 力価	4
0.15	2
(以下は件数1件のもの)	
0.15mg (ジゴキシンとして), 0.15g(0.15mg)	
5mg, 1.5mg, 0.45mg, 0.45(g), (0.15mg)	
0.15g (力価として0.15mg), (0.05mg) 3P	
0.15mg または 0.15g, 0.15mg (原末)	
0.15mg(成分量), 0.15mg (実薬量), 1.5	
0.15mg 原薬量で記載, 0.15(0.15mg)	

用法	件数	
3xN	14	(以下は件数1件のもの) 毎食後すぐ, 分子毎食後, 分3 毎食後, 分3 分3 : 朝昼夕食後30分, 分×3 毎食後 3回 : 朝. 昼. 夕食後, 3 x 朝、昼、夕食後 3X 各食後, 3×后 , 3×1 毎食後; [分3]1日3回毎食後, /毎食後 /分3 後, /分3 nde, /分3 , /Nx, /N3x1 /3食後, /3x 毎食後, /3 nde, 空欄
3x	7	
3xnde	6	
1日3回毎食後	4	
分3后	3	
分3後	3	
分3各食後	2	
3x 毎食後	2	
3×食後	2	
3×1	2	
1日3回朝・昼・夕食後	2	
/分3 食後	2	
/3xnde	2	
/3×n	2	
/3×	2	

(出典:平成18年度研究報告書)

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

(主任研究者 齊藤壽一)

平成14年度

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

平成17年度

処方せんの記載方法に関する第一次標準案の作成

平成18年度

処方せんの記載方法に関する第二次標準案の作成

医育機関及び研修指定病院を対象としたアンケート調査の実施
(内科, 小児科, 薬剤部門, 看護部門, 病院情報部門, 事務部門)

平成19年度

診療所, 歯科診療所, 薬局を対象としたアンケート調査の実施

平成20年度

研究班の提案する標準案の実施に伴う諸問題の検討

処方せんの記載方法に関する平成20年度研究班標準案の作成

平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

調査対象施設：病院（500床以上）	255 施設
病院（499床以下）	510 施設
診療所	500 施設
薬局	500 施設

調査対象者

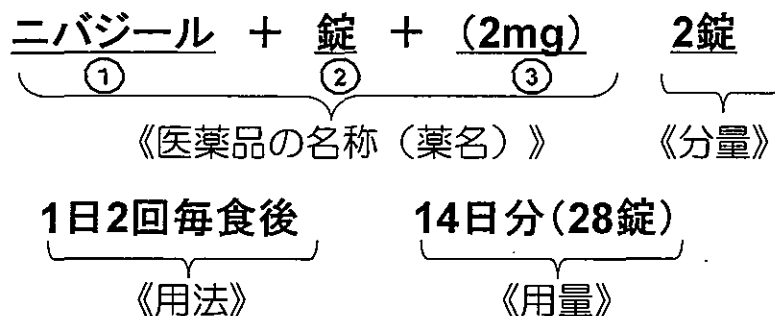
病 院：管理者, 医師, 薬剤部門, 看護部門

診療所：管理者, 医師

薬 局：薬剤師

(参考) 処方せん記載事項

処方例)



(注釈)

医薬品の名称(薬名)は①医薬品名の主要部分(以下「商標」)、または有効成分の名称(以下「一般名」)、②剤形、③有効成分の規格含量(以下「規格」)の3つの部分に分けられます。

平成14年度研究
処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果① 医薬品の名称の記載(例示)

商標のみ	(ニバジール)	11.9%
商標+規格	(ニバジール(2))	34.8%
商標+規格+剤形	(ニバジール錠2mg)	33.2%
一般名のみ	(ニルバジピン)	1.6%
一般名+規格	(ニルバジピン(2))	3.0%
一般名+規格+剤形	(ニルバジピン錠2mg)	5.2%
医薬品により使い分ける		8.0%
その他		2.4%

平成14年度研究
処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果② 錠剤の分量の記載 (例示)

錠数	(2錠)	93.7%
主薬量	(4mg)	5.0%
その他		1.3%

(参考) 有効成分量(主薬量)と製剤量

例) セレニカR 顆粒40% 1250mg



バルプロ酸ナトリウム + 添加物
《有効成分量(主薬量) 500mg》

《製剤量 1250mg》

(注釈)

セレニカR顆粒40%は、有効成分(バルプロ酸ナトリウム)を500mg(40%)含む製剤である。

平成14年度研究
処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果③ 分量の記載(散剤)

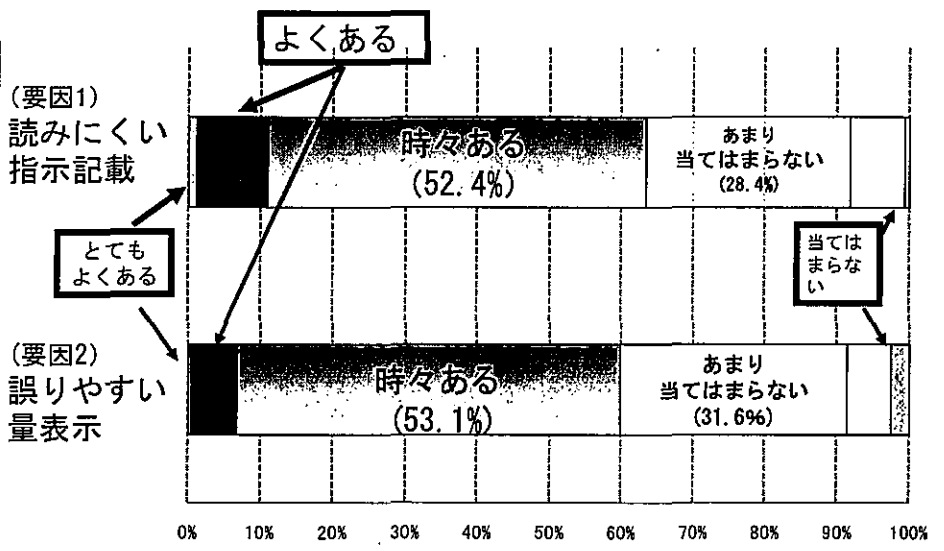
有効分量 (主薬量)	26.8%
製剤量	35.4%
医薬品により使い分ける	36.7%
その他	1.1%

アンケート結果④ 記載単位の意味(散剤)

mgは主薬量, gは製剤量	39.6%
mg, g いずれも製剤量	25.6%
mg, g いずれも主薬量	30.6%
その他	4.2%

平成14年度研究
処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

アンケート結果⑤ 看護部門への事故発生要因の調査



平成14年度研究

処方せんの記載に関連した医療事故防止策に関する調査研究

結論

- 1) 処方せんの記載についてはわが国で広く支持されている規格がないため、医学部や研修病院での教育で、処方せんについての理解すべき内容が一定していないという実態がある。
- 2) 処方せんの標準的な記載法について医療関係者の合意が必要であると思われる。
- 3) 薬剤の払い出しから与薬に至る段階では事故の原因となりうる多くの要因が介在しており、各医療機関でも工夫が進められている。それぞれの医療機関が他の医療機関で採用されている事故防止の方策を積極的に検討、導入する検証作業が重要である。

平成14年度研究を受けた動向

平成14年度厚生科学研究（主任研究者 齊藤壽一）により、薬剤に関連した医療事故・ヒヤリハット事例が処方せんの記載等に関連して発生している問題点が明らかになったが、その状況は現時点でも基本的には持続している



医療安全の観点から、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せん記載等に関する検討を早急に行うべきであるとの意見具申が医療安全対策検討会議よりあり、平成17年6月開催の第20回医療安全対策検討会議より出された。

処方せん記載方法に関連した問題点

記載方法に関する事項

- 1日投与量と1回投与量との関係が調剤に誤解を生む
- 散剤で有効成分量（主薬量）記載と製剤量記載との処方せん記載法が統一されていない
- 商標、規格、剤形、略号の処方せん記載法が統一されていない

周辺事項

- 医師は処方せんの記載法について卒前教育や研修医療機関での教育が乏しい
- 教育すべき内容が標準化されていない
- 院内慣習や医師個人への依存、医療機関毎の差が大きく、研修を修了した医師移動の加速や院外処方の普及による混乱が増している

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

研究班の提案する 標準案について

H18年度・H19年度研究班における
処方せんの記載に関する第二次標準案
(抜粋)

- 1) 分量は1回服用量を記載し、用法・用量として1日の服用回数，服用時期，服用日数を記載する
- 2) 散剤，液剤の分量は製剤量で記載する

処方せんの投与量記載を
1回投与量を基本とすべきとした理由

- 1) 誤解・伝達ミスを防ぐ上で、服薬・投薬行為の最小単位で記すことが最も正確である。
- 2) 8時間毎あるいは12時間毎の投与等を考えると1日量で記載すべき根拠は認められない。
- 3) 1日量を基本とする記載により1週間に1度投与すべき薬剤を毎日投与した事故がみられる。
- 4) 現存する「1日3回」という表記法は指定量の「1日3回に分けて」か「3回何れも」の投与か判然としない場合さえある。
- 5) 欧米など諸外国では1回投与量の記載が標準であり、医療の国際化に対応すべきである。

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

研究班の提案する標準案 に対するアンケート結果

医育機関・研修指定病院に対するアンケート
(H18年度研究)

調査対象医療機関

医育機関（156）、研修指定病院（141）

調査部門

診療部門（内科及び小児科）、事務部門、
薬剤部門、看護部門、情報処理部門

回答施設

128施設（43.1%）

	内科	小児科	薬剤部	情報部	看護部
回答率	34.7%	31.6%	35.4%	29.3%	30.6%

診療所・歯科診療所・薬局に対するアンケート
(H19年度研究)

調査対象機関

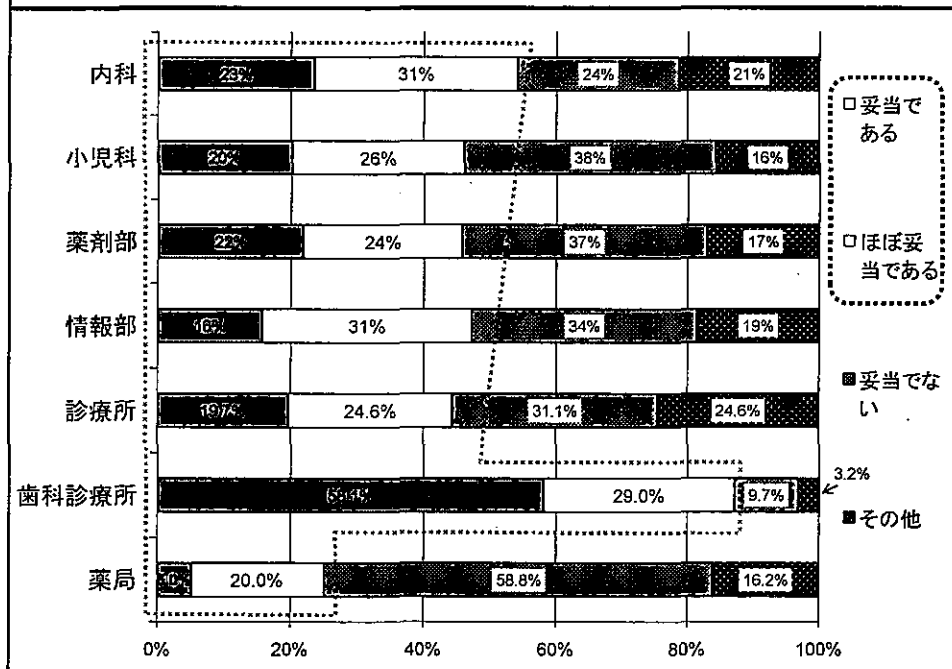
診療所 (94) , 歯科診療所 (100)
薬局 (100)

回答施設

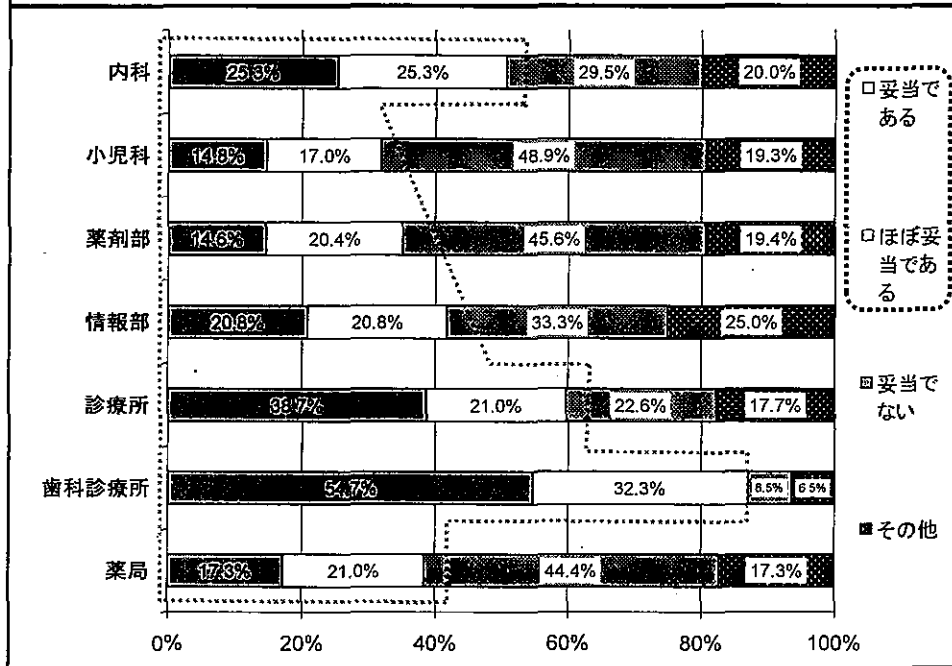
179施設 (59.7%)

	診療所	歯科診療所	薬局
回答率	68.1%	31.0%	81.0%

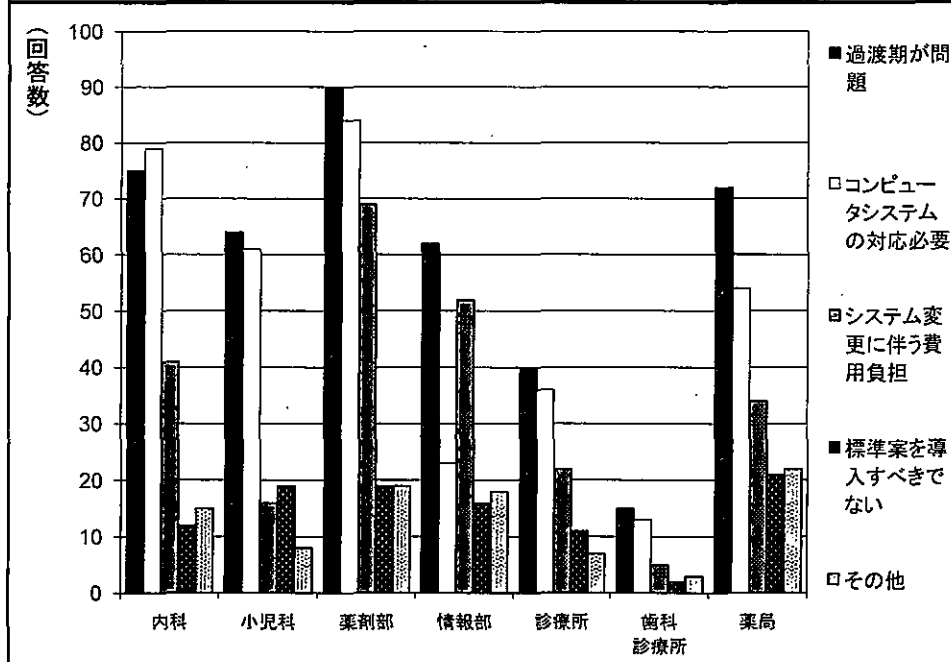
結果①標準案の記載方法 (錠剤・カプセル剤) について



結果②標準案の記載方法（散剤・液剤）について



結果③標準案記載に統一した場合の問題点（複数回答）



結果④（その他明らかになった事項）

- 処方せんの記載方法は未だに統一がとれていないことが確認された
- 診療所と病院の医師とで大きく異なったのは散剤の記載方法
- 標準案については過渡期、コンピュータシステムに関する更なる検討が必要

厚生労働科学研究

処方せんの記載方法に関する医療安全の検討

平成20年度研究班の提案する
標準案について

平成20年度研究班の提案する 処方せん記載に関する標準案

- 1) 錠剤・カプセル剤において
分量は1回服用量を記載し、用法・用量として1日の服用回数、服用時期、服用日数を記載する。
- 2) 散剤、液剤において
 - a) 薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剤量（薬剤としての重量）で記載する。
 - b) 散剤、液剤において薬名を一般名（原薬名）で記載した場合には、分量は原薬量で記載する。
なお、ラキソベロン液等については総量（本数等）も記載する。

処方せん記載例①（錠剤・カプセル剤）

【現行】

セフゾン (100mg)	3 Cap
メジコン (15mg)	3 錠
セルベックス (50mg)	3 Cap
分3 毎食後 5日分	

《標準案》

セフゾン (100mg)	1回量として	1 Cap
メジコン (15mg)	1回量として	1 錠
セルベックス (50mg)	1回量として	1 Cap
1日3回 毎食後 5日分		

処方せん記載例②（散剤）

フェニトイン（アレビアチン散10%）を原薬量として
1日量300mgを1日2回に分けて朝夕食後で処方する場合

《標準案》

アレビアチン散（10%）1回量として 1.5g
1日2回 朝夕食後 28日分

または

フェニトイン 1回量として 150mg
散剤で 1日2回 朝夕食後 28日分

処方せん記載例③（液剤）

バルプロ酸ナトリウム（デパケンシロップ5%（50mg/mL））
を原薬量として1日量200mgを1日2回に分けて朝夕食後で
処方する場合

《標準案》

デパケンシロップ（5%）1回量として 2mL
1日2回 朝夕食後 28日分

または

バルプロ酸ナトリウム 1回量として 100mg
液剤で 1日2回 朝夕食後 28日分

処方せん記載例④（休薬期間のある薬剤）

メソトレキサート（リウマトレックスカプセル2mg）を原薬量として6mgを1週1クールで初日から2日目にかけて12時間間隔で服用し、残りの5日間は休薬とし、2クール処方する場合

《標準案》

リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
1クールとして3回（初日9時，21時，翌日9時）服用
全2クール分

または

リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
初日1日2回 午前9時，午後9時 2日分（投与実日数）
リウマトレックス（2mg） 1回量として 1Cap
翌日1日1回 午前9時 2日分（投与実日数）

情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案(平成20年度研究)

1 「薬名」について

薬名は販売名または一般名(原薬名)を記載する。

ブランドを指定する場合には、「ブランド名」、「剤形」、「規格・含量(配合剤の場合を除く)」の3要素を必ず含むように記載する。

2 「分量」「用法」「用量」について

(1) 内用薬

分量は1回服用量で記載し、用法・用量として1日服用回数、服薬時期、服用日数を記載する。

散剤、液剤において薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剤量(薬剤としての重量)で記載する。

散剤、液剤において薬名を一般名(原薬名)で記載した場合には、分量は原薬量で記載する。

尚、ラキソベロン液等については総量(本数等)も記載する。

(例外)漢方生薬(浸煎剤、湯剤)の分量については1日量を記載する。

(2) 外用薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用部位、使用日数を記載する。

坐薬等の分量は1回量を記載し、用法(回数・使用時期・使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

外用液剤の分量は1回量を記載し、用法(回数、使用時期、使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

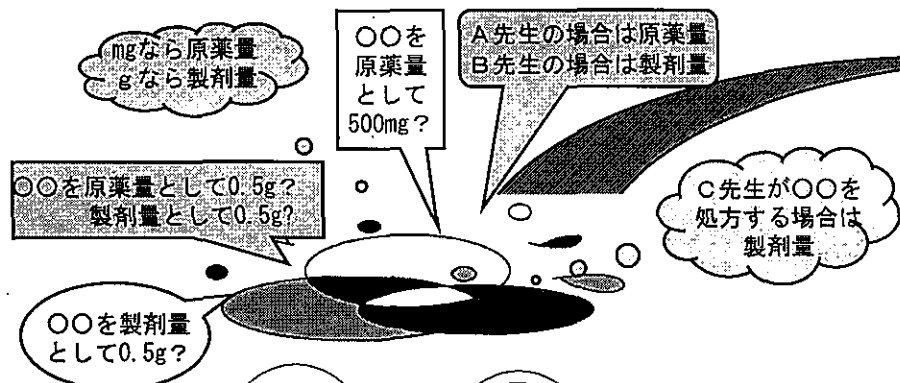
(3) 注射薬

分量は1回量を記載する。

(4) 在宅自己注射薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用日数を記載する(使用量が使用時期により異なる場合には使用量を使用時期毎に定めて記載する)とともに、総量(本数等)も記載する。

尚、過渡期においては1回量で記載しているのか1日量で記載しているのかを明示することが必要である。また、現状で1日量を記載している場合の用法として「1日3回」等の表現は不適切である。「分3」あるいは「1日3回に分けて」と表記することが必要である



処方せん
〇〇 0.5
分2 14日分

処方せん
〇〇 500mg
分2 14日分

処方せん
〇〇散 500mg
分2 14日分



処方せんの書き方A

A大学

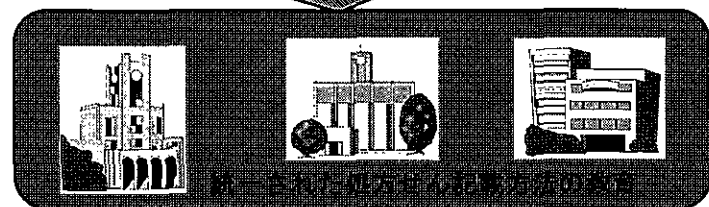
処方せんの書き方B

B大学

処方せんの書き方C

C大学

処方せん記載方法の標準案



医療安全情報 No.9 2007年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

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

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投与量の誤りが報告されています。

セレニカR 10% 1250mg

有効成分として 1250mg (1250mg × 0.4) の処方量を示す

有効成分として 1日1250mg (1250mg × 0.4) の処方量を示す

注) 有効成分：バルプロ酸ナトリウム
(類似の薬名があった場合) アレピアチン錠10% フェンバル錠10% など

処方せんの記載方法に関する医療安全対策の検討

平成 17 年報告書より「処方せん記載に起因した有害事例」

<分量記載に関するエラー>

1) 身障者療護施設で投薬ミス、患者死亡 医師が 10 倍の量処方
販売中止の薬使用 濃度違う 2 種、カルテに誤記

〇〇町の身体障害者療護施設でさる二日、男性入所者が死亡した医療事故で、原因となったけいれんの発作を抑える薬は、製造元の大日本製薬（本社・大阪市）が今年一月で販売を中止していたことが五日わかった。販売中止になった薬品名は「アレビアチン細粒」。アレビアチンには「細粒」と、それを十倍に薄めた「十倍散」の二種類があり、今回の事故は、主治医（35）が「十倍散」の処方をしなければならないのに、カルテを誤って処方したことが分かった。

製薬会社によると、濃度の違う二種類の薬を取り違えないようパッケージデザインを変えるなどの防止策を実施してきたが、同様の事故が数件あったため販売中止を決定。濃度の低い「十倍散」に一本化するように医療機関へ文書で呼びかけていたという。日本薬剤師会（東京都）によると、アレビアチンに関する事故報告は一九九八年から三年間で八件あった。うち、今回のケースのように濃度が違う薬を取り違えた事故例は二件発生している。主治医は「細粒の販売中止は知っており、薬の一本化を考えていた。しかし、二年間の猶予期間もあり、薬の分量が変わることで不安に思う患者もいる」と話している。

（2002 年 4 月 6 日：読売新聞より）

2) 〇〇の薬局、抗てんかん薬を調剤ミス 6 歳女兒が一時こん睡

◆処方量の 10 倍量与える

〇〇市内の薬局が先月、誤って約十倍の量の抗てんかん薬を調剤し、これを服用した〇〇町の六歳の女兒が一時、こん睡状態に陥っていたことが、十五日分かった。薬局が市内の病院の処方せんに基づいて調剤する際に量を間違えたのが原因。女兒は数日後に回復している。医薬分業で薬剤師の役割が高まる中での事故だけに、県薬剤師会は、調剤過誤委員会で詳しい経過や原因究明を行い、再発防止に努める。

病院などの関係者によると、女兒は脳の病気のため通院中の十月十一日夕と翌十二日朝、けいれん症状を抑えるため、調剤された抗てんかん剤の粉薬「アレビアチン」を飲んだところ、意識がもうろうとなり入院した。病院で血液検査を受けた結果、多量のアレビアチンが検出され、調剤ミスが判明した。病院と薬局は家族に事情を説明し、薬局側はミスを認めて謝罪した。県薬務課によると、アレビアチンは成分濃度が 97% の細粒と同 10% の十倍散がある。薬局は病院から、十倍散で一回〇・六グラムの処方を受けたが、十倍散を取り扱っていないため、担当医の了解を得て細粒で調合した際、〇・〇六グラムとすべき量を〇・六グラムにしてしまったという。

（2000 年 11 月 16 日：読売新聞より）

ジゴキシン関係

3) 乳児に10倍の強心剤 ○○病院 一時、心停止状態に

○○病院で昨年九月、心臓疾患で入院中の生後四か月の女兒に、医師が処方せんを書き間違えたため通常の十倍以上の強心剤を投与し、この女兒が一時、心停止状態に陥っていたことが、十二日わかった。病院側は全面的に過失を認めて家族に謝罪するとともに、慰謝料や今後の治療費を負担するなどの内容で示談を進めている。また、主治医とその上司の小児科医長、薬剤検査科長ら計五人を口頭による厳重注意処分とした。

同病院などによると、女兒は生まれつき心臓に穴が開いており、同病院で手術を受けるため昨年九月に入院、治療のため強心剤「ジゴキシン」を使っていた。容体が安定してきたことから、同月十七日、主治医が「ジゴキシン」を静脈注入から内服に切り替えるため処方せんを作った際、過って通常の十倍の量を記載したという。記載ミスは薬剤師や看護婦も気付かず、五日間にわたって計十回も間違った量の投与が行われた。このため、女兒は同月二十二日に心停止するなど容体が急激に悪化。不審に思った別の医師が調べたところ、記載ミスに気付いた。女兒は救命処置で一命をとりとめ、十月に手術が成功して退院。投薬ミスの後遺症などは出ていないという。

(2000年8月12日：読売新聞より)

4) ○○病院 調剤ミスで5か月児死亡 強心剤、処方の10倍

○○病院で、心臓病の難手術を乗り越えて退院した同県内の男児（生後五か月）が、同病院で調剤された通常の十倍に当たる高濃度の強心剤の服用を続けたために死亡したことが十五日、わかった。女性薬剤師が調剤の際、高濃度の強心剤が入った瓶と取り違えたため、チェック役の女性薬剤師もミスに気付かなかった。病院側は遺族に経緯を伝えて謝罪。病院から連絡を受けた県警○○署は近く、業務上過失致死容疑で関係者から事情を聞くとともに、遺体を司法解剖して死因を調べる。

病院側の説明によると、男児には大動脈と肺動脈がつながる一人に一人と言われる先天性の心疾患があり、八月に同病院で成功率50%とされる手術を受け成功。十月五日に退院し、その後は、病院で調剤された強心剤「ジギタリス製剤」を一日二回服用しながら自宅療養を始めた。ところが、数日後から発熱やおう吐の症状が出だしたため、十四日朝に再度入院。同日午後、心臓が激しい不整脈を起こす心室細動となり、死亡した。

強心剤は心臓の機能を活発にさせる薬で、男児の退院時、医師は「千倍に薄めたものを一日当たり〇・〇三グラム」自宅で服用するよう処方、薬剤師に指示した。同病院では、微量のジギタリス製剤を調剤する場合は、正確に計量できるよう一万倍に薄めたものを入れた瓶から取り出していた。本来は「一万倍に薄めた強心剤の瓶から〇・三グラム」の調剤が必要だったが、女性薬剤師は「千倍に薄めた強心剤の瓶から〇・三グラム」で調剤したという。

一万倍に薄めた強心剤の瓶は調剤台の端、千倍の強心剤の瓶は引き出しの中に別々に保管し、ラベルもつけてあった。二人の薬剤師は病院側の調査に対し、「なぜ間違ったのかわ

からない」と話しているという。男児が十四日に再入院した際の検査で、強心剤の血中濃度が異常に高かったため、調剤ミスがわかった。同病院では、四月にてんかんの薬を誤って多く調合し、患者の回復が遅れるというミスがあり、古くなった薬の瓶のラベルを新しくする一方、調剤の際は、声を出して確認するよう改めて指示していたという。

(2003年10月16日：読売新聞より)

気管支拡張剤等

5) ○○病院で処方ミス、男児に震え 気管支拡張剤を通常の10倍量

○○病院で先月、男児(4)が、ぜんそく治療で通常の十倍の量の気管支拡張剤を処方され、服用後に手足の震えや吐き気などの症状があったことが、十五日わかった。服用を中止し症状は収まったが、同院は医師に口頭で注意するとともに、今後、男児の両親に謝罪する方針。

病院によると、男児は先月下旬、同町内の医療機関から紹介され来院。二十七日に男性小児科医(37)に二度目の診察を受けた。

医師から、気管支拡張剤「ホクナリンドライシロップ」を処方され、同日から一日三回飲み続けた。今月一日夜、手足の震えや吐き気などを訴える一方、夜泣きがひどくなったため、服用を中止したところ、震えなどは収まったという。医師は処方せんをコンピューター入力する際、一日分〇・七ミリ・グラムとするのを誤って、同七ミリ・グラムと入力。薬局もミスに気づかないまま処方した。二日にカルテを確認した医師が、自分でミスに気付いたという。

(2001年5月15日：読売新聞より)

6) ○○病院で調剤ミス 薬10倍渡す 服用の乳児は一時入院

○○病院で二十二日夜、当直の薬剤師が、気管支炎の発作で受診した県内の乳児に、小児科医が指示した約十倍の気管支拡張剤(粉末)を投与していたことが二十七日、明らかになった。乳児は三回にわたり服用しており、経過観察のため二日間、入院したが、後遺症などはなく退院している。

同病院によると、乳児は二十二日夕、父親に連れられて救急部で受診。午後八時ごろ、薬剤部の当直薬剤師が調剤した気管支拡張剤七日分(一日二回服用)を受け取って帰宅した。二十四日朝、薬剤部が当直の処方せんの監査を行ってミスに気づいた。

医師は一回で一包(三十ミリ・グラム)を服用するよう指示したが、受け取った包みには三百ミリ・グラムが入っていた。ミスに気づいた病院が家族に連絡した時には、すでに三回にわたり、通常の十倍の計九百ミリ・グラムを服用していた。病院で検査したところ、血中の薬剤濃度が上限値の二・五倍だったことから入院。翌日、平常値に戻ったため退院した。調剤ミスした薬剤師は、当時、一人で当直していた。「分量を勘違いしてしまった」と釈明している。

(2000年11月28日：読売新聞より)

麻薬

7) ○○病院で女性患者死亡 10倍の量のモルヒネ投薬

○○病院で昨年三月、がん治療で入院していた○○市内の五十歳代の女性に誤って処方せんで指示された量の十倍のモルヒネを飲み薬として与えていたことが十九日、明らかになった。女性は約二か月後に死亡し、病院側は投薬ミス認め遺族に謝罪したが、死亡との因果関係は否定している。

病院によると、女性は痛み止めとして、一日に百二十ミリ・グラムのモルヒネを六回に分けて水薬として飲んでいて、昨年三月十七日午後の三回の投与では、担当の薬剤師が誤って、一回の投与で処方せんの指示量の十倍にあたる二百ミリ・グラムのモルヒネを投与した。ミスは翌日、薬剤部長が処方せんと使用量を照会して発覚。女性は投与の翌日まで、意識レベルが低い「傾眠」状態になったという。病院では、一日のモルヒネ処方量が百ミリ・グラムを超える患者に、一日数回に分けて投与する場合は、十倍に薄めたモルヒネを使うことにしていた。しかし、処方せんには薄めたモルヒネの使用の指示は明記されておらず、今回のミスにつながったと見られている。病院では再発防止策として、処方せんに薄めたモルヒネを使用するのか、原粉末を使うのかを明記することにした。

女性は投薬ミスの後、四月に退院し、五月に死亡した。病院側は「その後、退院できる状態まで回復しており、ミスと死亡との因果関係はない」としている。

(2004年8月20日：読売新聞より)

8) ○○病院でモルヒネ10倍投与 末期がん患者、死亡

◆処方せん誤記入

○○病院で二十一日、末期がん患者の女性(44)に処方せんへの誤記入が原因で医師の指示の十倍にあたる塩酸モルヒネが投与されていたことが、三十日分かった。患者は二十四日に死亡した。病院側は「死因はすい臓がん。誤投与が死亡原因とは考えていない」としているが、一連の過程について、○○署で関係者から事情を聞いている。

病院側の説明によると、誤投与があったのは二十一日午後四時から二十二日午後四時までの間。塩酸モルヒネは鎮痛剤として投与され、その量については担当医が指示簿に「八十ミリ・グラム」と記入した。これを婦長が麻薬処方せんに転記したが、その際、「八十アンプル」と誤記した。一アンプルは十ミリ・グラムで、看護婦は八百ミリ・グラムを投与してしまったという。

(2000年3月31日：読売新聞より)

その他

9) 処方ミスで女性入院 濃度10倍の向精神剤渡す

○○薬局で先月、睡眠薬や抗けいれん剤として用いられる向精神剤「フェノバルビタール」を処方せんの指示より十倍の濃度で出す処方ミスがあり、服用した同市内の女性(54)が、めまいや吐き気などの症状を訴えて入院していたことが分かった。

誤って処方したのは、〇〇調剤薬局。関係者によると、この女性は〇〇病院で、医師の処方せんを受け、五月二日、この薬局で薬を受け取った。十八、十九の両日、就寝前に服用したところ、めまいや吐き気などが起こり、二十日から八日間、同病院に入院したという。同病院で血液検査したところ、薬の血中濃度が高かったため、調べたところ、同薬局の男性薬剤師が薄める前の薬の粉末（原末）と気づかずに、そのまま一服ずつ袋詰めにして渡していたことがわかった。同薬局では「確認不足で間違った薬を出してしまった。起きてはならないことで申し訳ない」とミスを認めている。

（平成 2002 年 6 月 14 日：読売新聞より）

10) 〇〇病院で主治医が指示ミス 睡眠剤 10 倍投与、植物状態に

〇〇病院で先月十五日、睡眠剤を誤って過剰投与された患者が植物状態になる医療事故が起きていたことが二日、わかった。同病院が会見を開き、明らかにした。病院側が自主的に事故を公表するのは異例。同病院は同日、事故について〇〇署に連絡、同署は業務上過失傷害の疑いで事情聴取を始めた。

同病院によると、先月十四日午後九時ごろ、首の手術を受け一般病棟に移っていた二十代の患者に対し、デパスという睡眠剤を五ミリ・グラム投与した。約三時間後、患者の呼吸が止まっていることに看護婦が気づき、蘇生（そせい）の措置を施したが、意識は回復しなかった。病院は「この投与が原因である可能性が高い」としている。薬を処方したのは主治医で、患者が「眠れない」などと訴えたため、〇・五ミリ・グラムを出すつもりで誤って十倍の五ミリ・グラムを処方するよう研修医に指示した。研修医は言われた通りに手書きでカルテや処方せんを記入し、薬剤部も看護婦も、量が過剰なことに気づかなかった。この薬剤の常用量は一一三ミリ・グラムだという。

同病院は手書きの処方せんを禁じ夜間でも処方量の誤りが自動的にチェックできるコンピュータでの処方指示を行うようにした。

（2005 年 2 月 4 日：読売新聞より）