

厚生科学研究補助金
医療技術評価総合研究事業

平成14年度報告書

処方せんの記載等に関連した
医療事故防止策に関する調査研究

主任研究者 齊藤 寿一

I . 序 文

序 文

この報告書は平成14年度厚生科学研究（医療技術評価総合研究事業）「医療事故防止方策の立案に資する標準化手法の開発に関する研究」（堺 秀人 班長）の一環として行なわれ日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の病院四団体が受託した研究「処方せんの記載等に関連した医療事故防止策に関する調査研究」の成果をまとめたものである。

今日、医療事故の発生を如何にして未然に防止するかはわが国の医療の現場が抱える最も大きな問題の一つであり、社会的関心も大きい。その中の一つとして薬剤の処方に関わる問題があり、医師が処方せんに誤り無く記載し、それが薬剤部門において的確に調剤され、入院患者では看護部門での配備を経て患者に投与されるまでの間に過誤や事故を招き得る幾つかの段階が介在している。そのどの段階のどの様な操作に事故や過誤が発生し易いかをアンケート調査で調べ集計したものであり、現状についての貴重な情報を取り出すことが出来たと考えている。

この研究の推進に調査の立案、開始から取り纏めまでそれぞれの立場でご協力下さった研究協力者の各位、またご多忙な中でアンケートにご協力下さった回答者の各位に心から御礼を申しあげる。また終始ご指導とご支援とを賜った厚生労働省医政局総務課医療安全推進室にも深謝する次第である。この研究の成果がわが国の医療における事故と過誤の防止にいささかなりとも役立つことを期待したい。

平成15年3月

齊 藤 寿 一

目 次

I. 序 文

II. 平成14年度総括研究報告 ----- 1

社団法人 日本病院会 常任理事 齊藤 寿一
社会保険中央総合病院 院長

III. 分担研究報告

1. 処方せんの記載に関連した医療事故防止対策に関する研究 ----- 5

東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤部長 土屋 文人
東京通信病院 薬剤部長 内野 克喜

2. 医療機関における医薬品の採用から使用までの管理上の安全対策に関する研究 ----- 39

日本赤十字医療センター 看護部 力石 陽子

IV. 別添資料：調査用紙 ----- 75

処方せんの書き方に関する調査（病院医師用）

処方せんの書き方に関する調査（診療所医師用）

処方せんの記載等に関連した医療事故防止方策に関する調査（診療所
管理者用）

処方せんの記載等に関連した医療事故防止方策に関する調査（病院看
護部局用）

医療事故防止のための医薬品に関連した安全対策に関する調査（病院
看護部局用）

医療事故防止のための医薬品に関連した安全対策に関する調査（病院
薬剤担当部局用）

Ⅱ．總括研究報告

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括研究報告書

処方せんの記載等に関連した医療事故防止策に関する調査研究

主任研究者 齊藤寿一

社団法人 日本病院会 常任理事（社会保険中央総合病院 院長）

研究要旨

医師が処方せんを記載し、これに基づいて病院薬剤部あるいは薬局で薬剤が処方され、実際に患者に与薬されるまでの各段階で事故また過誤の原因となる因子を分析するため、病院と診療所の管理者および医師、病院の看護部と薬剤部、および薬局にアンケート調査を行なった。その結果、処方せんの記載方法には各医療関係者に共通する統一された規格がないく、それを反映して医学教育や臨床研修でも実際の書式についての系統的な教育は乏しいことが浮き彫りとなった。また薬剤部門から患者への与薬の段階でも事故を起こしにくい供給体制に改善の余地があることが明かになった。

研究組織

土屋 文人	分担研究者・東京医科歯科大学 歯学部附属病院薬剤部長
内野 克己	分担研究者・東京逓信病院薬剤部長
力石 陽子	分担研究者・日本赤十字医療センター看護部
飯島 康典	社団法人 日本薬剤師会常務理事
岩垂 純一	社会保険中央総合病院副院長
小沢 桂子	N T T東日本関東病院総合相談室
加納 繁照	社団法人 日本医療法人協会理事（総合加納病院院長）
蒲池 慶子	社会保険中央総合病院 看護局看護係長
川島 周	社団法人 全日本病院協会常任理事（医療法人 川島会理事）
野中 弘	社団法人 東京都医師会 理事
松月 みどり	日本大学医学部附属板橋病院 看護部師長
山角 駿	社団法人日本精神科病院協会 医療政策委員長（社団法人花園病院院長）

A. 研究目的

患者に対する医療の提供において、安全は最も基本的な要件であり医療に携わる者は事故・過誤の根絶に一層の努力が求められている。この研究では「処方せん」を起点とする患者への薬剤の提供において、事故・過誤につながるどのような要因が介在するかを明かにする目的で病院と診療所の管理者および医師、病院の看護部と薬剤部、および薬局にアンケート方式による調査を行い問題点の分析を行なった。

B. 研究方法

この研究は薬剤部門を中心とした「処方せんの記載等に関連した医療事故防止対策に関する研究」（土屋、内野）と看護部門を中心とした「医療機関における医薬品の採用から使用までの、管理上の安全対策に関する研究」（力石）の2つの構成を軸に郵送によるアンケート調査によって行なわれた。

対象の施設としては「病院要覧」に掲載されている全国の500床以上の病院497施設から255施設を、また499床以下の病院8,789施設から510施設、また診療所91,500施設から500診療所、全国の薬局41,656施設から500施設を無作為で抽出し調査票（別添資料）を発送した。回収率は500床以上の病院では37.5%、500床未満の病院では37.4%、診療所では17.6%、薬局では23.4%であった。

C. 研究結果

医師に対する質問では、処方せんについての教育を受けたことが「ある」とする医

師は60.6%に止まり、「なし」とした医師が39.4%に及んだ。教育を受けた時期については医学部とした者が18.2%に止まり、臨床研修中とした者が43.5%で、処方せんの記載が学部教育のカリキュラムとなつてはならず、臨床研修で見習っている実状が示された。

処方せんの記載内容については、商標、規格、剤形の記載が医師によりまた薬剤により統一されておらず状況により任意に記載されている状況がうかがわれた。また略号については、使用しないまたは出来るだけ使用しない、とする医師が88.6%と多数を占めたが、特定の薬剤については使用されている（9.1%）実態が明らかとなった。また分量の記載では錠剤では錠数による記載が93.7%と主流を占めたが、散剤では主薬量を記載する者（26.8%）と製剤量を記載する者（35.4%）とが混在していた。また散剤の処方の際して使用する単位についてもmgは主剤量、gは製剤量とする医師が39.6%、mgもgも何れも製剤量とする医師が25.6%、mgもgも何れも主薬量とする医師が36.7%と処方せん記載に一定した約束がなく、医師の恣意的な習慣で記載されている実態が明らかになった。これは、処方せんについて薬剤部門との間で誤解を産む温床となりうることを示唆された。薬剤部門から医師への疑義照会によって誤投薬が未然に防止されている実態も明らかとなった。

医薬品の採用から使用までの管理上の問題についての研究では、病院薬剤部局で薬剤の使用期限や保管状態の点検を年12回行なっている施設が41.6%あるのに対し、2回～4回に止まっている施設も

26.9%あり保管状況も施設によって一様でないことが明らかとなった。保管管理については「棚には見易いラベルを使用」し「薬効別の配列」、「棚の照明を明るくする」などの配慮が多く施設でとられ、また一部の病院では「間違いやすい薬剤の保管位置を離す」、「類似薬には注意喚起のマークをつける」などの工夫がされていることが明らかになった。疑義照会については24.4%の施設でルールを設けておりこれらについても今後、各施設での工夫が求められている実状が浮き彫りとなった。また調剤業務については66.9%の施設で「調剤業務の監査を複数の者が行ない」、また50.6%の施設では「一名の薬剤師でも時間差をおいて調剤薬の監査を行なっている」実態が浮かび上がっている。病棟で使用する注射薬のミキシングを薬剤部門で行なっている施設は54.5%に止まっている。

看護部局についての調査では、事故要因としてときどき見られるものでは「読みにくい指示記載」(52.4%)、「誤りやすい量表示」(53.9%)が目立っている。また薬剤部からの払い出しから患者への与薬に至る各段階で事故がおこりやすい要因を見ると読みにくい指示記載が与薬の準備段階で最も重要な要素となっていることが明らかとなった。紛らわしい薬剤名が医療事故の発生要因として「時々ある」としたものは42.6%にのぼり、薬剤の採用や新人教育において特に留意すべきであると思われた。医薬品については特に事故防止の観点から注意が向けられている薬剤にキシロカイン注射薬、塩化カリウム注射薬、インスリン製剤あるいはトロンピン製

剤があり各医療機関でそれぞれ事故防止の工夫をこらしている実態が明らかになった。

D. 考察

処方せんの記載法についての調査では、医学生や研修医に対して処方せんの記載法についてのカリキュラムに組み込まれた系統的な教育が行なわれて居らず、記載法も医師それぞれの流儀に委ねられている実態が明らかとなった。その背景には系統的な教育を行なう処方せんの記載法について医師や薬剤部の共通認識となる基準がないという実態があると思われる。そのため、特に学部教育や研修医のクルズスで明示できる指導方針のとりまとめが必要であると思われる。処方せんについては手書きの処方せんの場合「判読しにくい」ことが過誤の遠因となっている場合もあり、オーダリングシステムの導入が処方せんに由来した事故を防止する上で有用であると思われる。しかしオーダリングシステムも、印字の形式や字の大きさなど注意すべき点もあり必ずしも決定的な安全策とはなっていない。また細かい指示がコメントされないなど新たな問題点も指摘されており、今後オーダリングシステムの普及において、その様式にも細心の注意が必要であると思われる。

看護部門で行なわれた薬剤の払い出しから実際の与薬までの各段階での投薬に関わる過誤の発生には極めて多くの因子が関与しており、それを防止するためのそれぞれの医療機関での現場の工夫も多様であることが明らかとなった。このことは処方せんから与薬に至る段階での事故防止のためには、各医療機関が多くのチェックポイントを検閲し、他施設での工夫を積極的に取り

入れる努力が必要であると思われる。

E. 結論

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、処方せんについて理解すべき内容が一定していないという実態がある。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。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。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1 論文発表 なし。

2 研究会発表

齊藤寿一、処方せんの記載等に関連した医療事故防止方策に関する調査研究。 医療安全研究発表会 平成15年11月26日 ヤクルトホール

H. 知的財産権の出願・登録状況

1 特許取得 なし。

2 実用新案登録 なし。

Ⅲ. 分担研究報告