

## 目 次

### 第1部 各種調査結果

学会等における参加者認識調査結果	1
医療機能評価機構ヒヤリ・ハット報告（医療機関・薬局）調査結果	5
最近5年間に新たに作成された添付文書における 用法用量の記載状況について	13

### 第2部 1回量入力を実施した医療機関からの報告

公益財団法人東京都医療保険協会 練馬総合病院	19
一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属西淀病院	27
鳥取大学医学部附属病院・国立病院機構米子医療センター	33
徳州会グループ	39

### 【参考資料】

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書	45
----------------------------	----

## 学会等における内服薬処方箋 書き方に関する意識調査

奈良県立医科大学附属病院  
池田 和之

### 調査対象の学会等

#### 第35回医療情報学連合大会

- ・ 2015年11月1日(日)～4日(水) 沖縄県宜野湾市
- ・ 「内服薬処方箋記載の在り方検討会その後」

#### 第25回日本医療薬学会年会

- ・ 2015年11月21日(土)～23日(月・祝) 神奈川県 横浜市
- ・ 「処方箋記載の標準化を考える」

#### 第37回日本病院薬剤師会近畿学術大会

- ・ 2016年1月23日(土)～24日(日) 兵庫県神戸市
- ・ 「医療情報システムと安全管理」

#### 日本病院薬剤師会とJAHISの共同セミナー

- ・ 2016年02月05日(金) 東京都港区
- ・ 「薬剤部門に関する最近の話題」

### 調査対象の学会等

調査対象名	調査日	調査件数
医療情報学連合大会	2015/11/3	66
医療薬学会	2015/11/21	73
近畿学術大会	2016/1/23	133
JAHIS講習会	2016/2/5	45

### 調査対象の背景①

1、本シンポジウムへの参加は何回目ですか。

	医療情報学会		JAHIS講習 会	
	全体	非薬剤師 薬剤師		
1:初めて	22	14	8	22
2:1-2回目	10	7	3	16
3:それ以上	34	5	29	6
4:不明	0		0	1
合計	66	26	40	45

2、あなたの職種は何ですか。

#### JAHIS講習会

1:電子カルテシステム(薬剤関連)	9
2:電子カルテシステム(薬剤関連以外)	13
3:薬剤関連の部門システム	8
4:薬剤関連以外の部門システム	1
5:その他	19
総計	50

#### 医療情報学連合大会

1:医師	5
2:看護師	1
3:薬剤師	40
4:事務職	3
5:その他の医療機関勤務	0
6:システムベンダー	14
7:教育機関勤務	0
8:その他	6
総計	69

## 調査対象の背景②

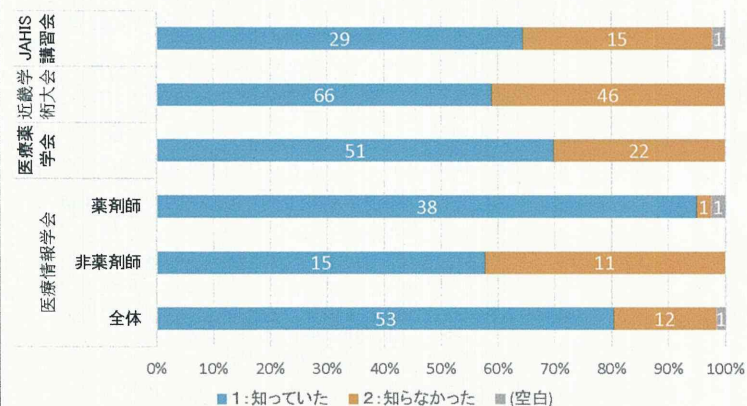
### 1、現在のお仕事は？

	医療薬学会	近畿学術大会
病院:500床以上	29	27
病院:200~499床	20	40
病院:200床未満	11	32
病院:その他	5	3
薬局:5店舗以上	3	2
薬局	1	3
薬品卸	1	0
教育機関	1	2
システム開発関連会社	1	1
その他	1	2
総計	73	112

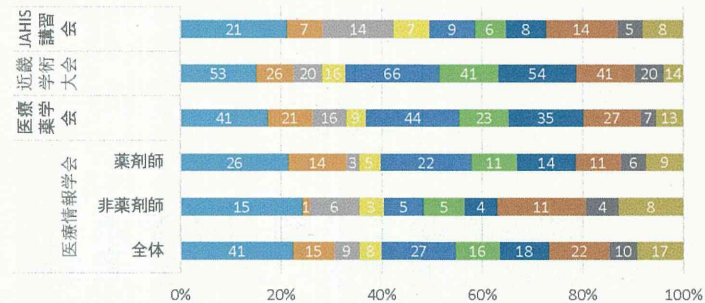
### 2、あなたの薬剤師歴は何年ですか

	医療薬学会	近畿学術大会
1:0-10年	18	32
2:11-20年	22	30
3:21-30年	19	33
4:31-40年	12	14
5:41年以上	1	2
6:なし	1	2
総計	73	113

### 3、「内服薬処方箋記載の在り方検討会」の報告書はご存知でしたか。

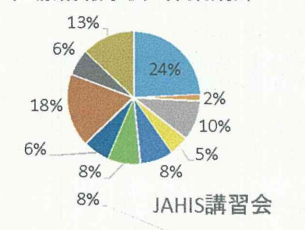


### 4、あなたが、内服薬処方箋記載の書き方の変更が進まないと思う理由を以下の中から選んでください(複数回答可)。

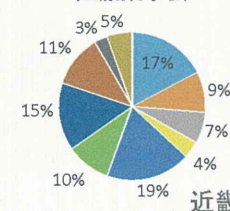


- 1. 実施期限が記載されていないから
- 2. 予算がないから
- 3. 医療機関が依頼しないから
- 4. ベンダーが説明しないから
- 5. 電子カルテシステムの改修が必要だから
- 6. エラーが増加しないか不安なから
- 7. 部門システムの改修が必要だから
- 8. 周辺の医療機関との調整が必要だから
- 9. 周辺の医療機関が対応していないから
- 10. その他

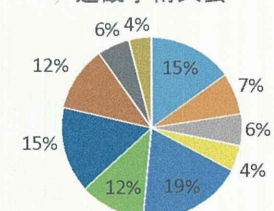
#### 医療情報学会 非薬剤師



#### 医療薬学会



#### 近畿学術大会



- 1. 実施期限が記載されていないから
- 2. 予算がないから
- 3. 医療機関が依頼しないから
- 4. ベンダーが説明しないから
- 5. 電子カルテシステムの改修が必要だから
- 6. エラーが増加しないか不安なから
- 7. 部門システムの改修が必要だから
- 8. 周辺の医療機関との調整が必要だから
- 9. 周辺の医療機関が対応していないから
- 10. その他

## その他の意見

調査対象名	件数
医療情報学連合大会	21
医療薬学会	13
近畿学術大会	18
JAHIS講習会	7

他にも・・・

- ・ 加算がないから
- ・ 開発遅れ
- ・ 更新時期が異なる
- ・ 大手が進んでいないから
- ・ 費用が回収できないから
- ・ 用法マスタが準備されていないから

理解・周知の  
不足 14

強制力がな  
い 8

教育が進ん  
でいない 7

反発がある  
から 4

メリットがな  
い 3

レセプトが対  
応していない  
から 3

手間がかか  
るから 3

インシデント  
増加の懸念  
2

ベンダーの  
対応が遅い  
から 2

ご清聴ありがとうございました

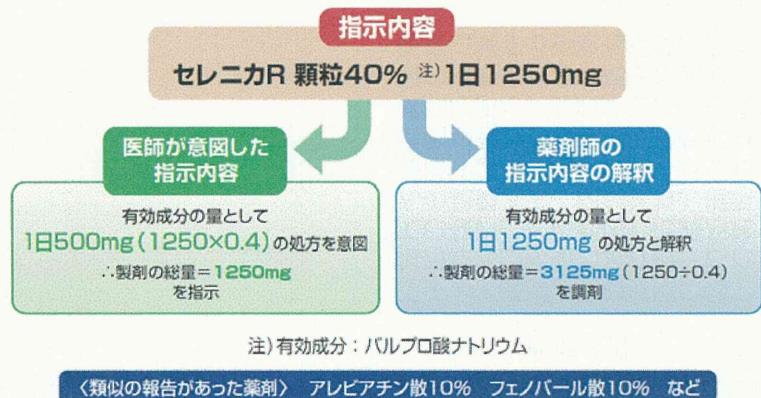








報告書で引用された医療安全情報\*



\* (公財) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業において作成



報告書で引用された医療安全情報\*

**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。

\* (公財) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業において作成

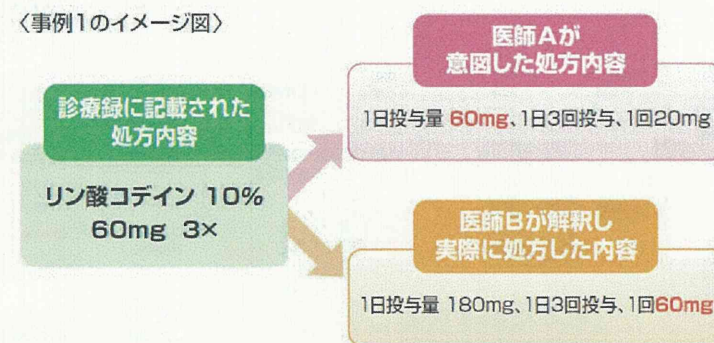


報告書で引用された医療安全情報\*

\* (公財) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業において作成



報告書で引用された医療安全情報\*



\* (公財) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業において作成





**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。**

\* (公財) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業において作成




- ◆ 2007年8月 医療安全情報No.9「製剤と有効成分の総量の間違い」提供
  - ◆ 2008年5月 医療安全情報No.18「処方標記の解釈の違いによる薬剤量間違い」提供
- ▼
- ◆ 2010年1月 検討会報告書
- ▼
- ◆ 2011年6月 2010年に繰り返し発生した事例
  - ◆ 2012年6月 2011年に繰り返し発生した事例
  - ◆ 2013年6月 2012年に繰り返し発生した事例
  - ◆ 2014年6月 2013年に繰り返し発生した事例
  - ◆ 2015年6月 2014年に繰り返し発生した事例(※)

※医療安全情報No.51以降の事例の繰り返し報告された事例を掲載。



No.9	<b>製剤の総量と有効成分の量の間違い</b> ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	4件
------	--	----

医師は、処方箋に有効成分の量を意図して「ブルフェン顆粒450mg/日 3回×14日分」と記載した。通常、総量と有効成分の量の両方を入力する取り決めであったが、総量は記載していなかった。薬剤師は、ブルフェン顆粒20%の有効成分が1g中200mgであることを認識せず、処方箋に基づき総量として調剤した。約1ヶ月後、患者の母親から、「薬の量がいつもより少ない」との訴えがあり、薬剤部で調べたところ、秤量間違いが発覚した。(他3件)

No.18 の再発・類似事例はなし。

No.9	<b>製剤の総量と有効成分の量の間違い</b> ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	1件
------	--	----

既往歴にてかんがんがあり、他院で処方された内服薬で加療中の患者が、手術目的にて外科病棟に入院した。入院時に持参したお薬手帳の「セレニカR顆粒40%1回0.333g、カルバマゼピン細粒(テグレート細粒50%)「アメル」1回0.4g 1日3回)をもとに、担当医は抗てんかん薬を1日量としてセレニカR顆粒40%1000mg、テグレート細粒50%1200mg、分3朝食後6日分を処方した。その際、お薬手帳には総量で記載されていたが、当院のオーダーは成分量表示のため、総量と成分量を間違えた。その結果、セレニカR顆粒は2.5倍量、テグレート細粒は2倍量が処方、投薬され、患者は服用した。退院後、ふらつきが継続するため、家族が処方箋について院外薬局に確認を依頼し、過量投与であることが発覚した。

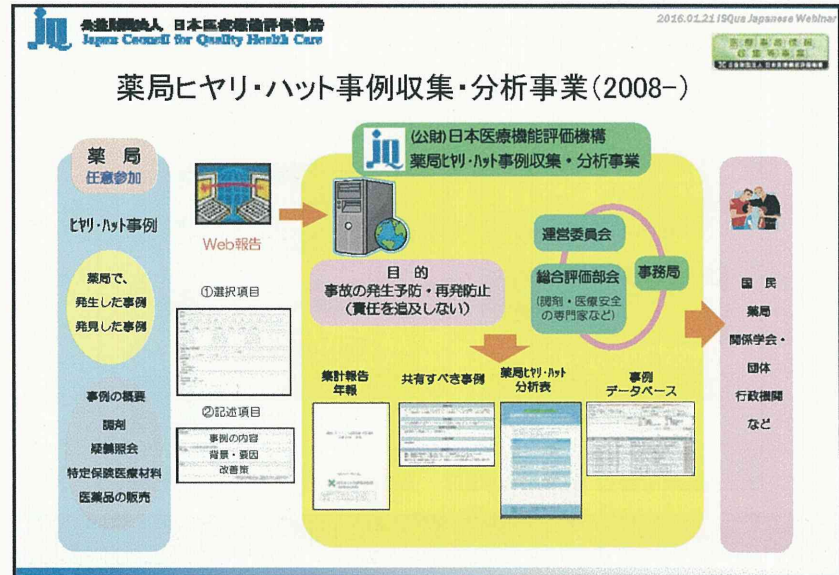
No.18	<b>処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い</b> ～「3×」や「分3」の処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例～	1件
-------	---	----

患者のデバケンシロップを準備する際、担当看護師Aは処方せんに「デバケンシロップ5% 15mL 1日3回(毎食後)」と記載されているのを確認した。しかし、用意されていたデバケンシロップは15mLであり、内服薬や内服量などが記載された手書きの患者リスト表を確認すると「デバケンシロップ1回15mL」と記入されていた。患者リストに記載した看護師Bは、処方せんの1日量を1回量と間違えて患者リスト表に記入していた。デバケンシロップを準備した看護師Cは、患者記録を見て薬剤を準備していた。患者に投与する前に誤りに気付いた。(医療安全情報No.41(2010年4月第2報提供済み))

No.9	<b>製剤の総量と有効成分の量の間違い</b> ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	4件
------	--	----

主治医は「フロセミド細粒4% 0.25g 分1 朝食後」を処方する際、0.25g=250mgと換算し、「フロセミド細粒4% 250mg 分1 朝食後」と処方した。院内では「mg」の処方では「有効成分の量」、「g」の処方は調剤量(製剤の総量)としていたが、医師はそのことを知らなかった。薬剤師は250mgは「量が多い」と思いカルテの指示を確認したが、「フロセミド細粒250mg開始」と記載があったので、医師へは直接確認せず薬剤を交付した。その後、薬剤科より別患者のフロセミド細粒4%の処方について問い合わせがあり、主治医は当患者の処方を間違えていたことに気付いた。(他3件)

No.18 の再発・類似事例はなし。







## 共有すべき事例(平成25年年報 事例6)

### 事例6 内服薬調剤、処方せん監査間違いに関する事例 (事例番号: 000000030432)

#### 事例の内容

セレスタミン配合錠14日分調剤すべきところを、手書き処方せんの医師のクセ字に惑わされ、調剤した薬剤師、鑑査、交付した薬剤師ともに7日分と判読した。一方、事務員は14日と判読してレセプトコンピュータには14日分を入力していたが、7日に訂正してもらって交付した。その後調剤録の付け合せ時にやはり14日分ではないかと事務員より言われ、改めて14日分であることを判読し確認した。

#### 背景・要因

薬剤数が1種1行で13種あり、手書き処方せんのため処方欄には書ききれず、はみ出して書いてあった分で見づかった。近所ではあるが毎日来ない程度の医院からの処方せんのため、クセ字に慣れているというほどではなかったため、「14TD」を「1×7D」と読み間違えてしまった。(4と×、Tと7が似ているクセ字)

#### 薬局が考えた改善策

3人中2人が誤判読してしまうような粉らわしい書き方であることを念頭に置いて、何度も見直す。

「14TD」を「1×7D」と読み間違えた。「4」と「×」、「T」と7が似ていた。



## 共有すべき事例(平成25年年報 事例16)

### 事例16 疑義照会、用量変更に関する事例 (事例番号: 000000031512)

#### 事例の内容

リウマトレックスカプセル2mg 2カプセル分1夕食後で28日分となっていたため疑義照会をした。処方コメントには火曜日服用の指示あり。医師より4日分の処方訂正の指示があった。

#### 背景・要因

未記載

#### 薬局が考えた改善策

未記載

#### 事例のポイント

- リウマトレックスカプセル2mg (メトトレキサート) は、医師も処方せんへの記載を間違しやすい。週1日服用で4週分を処方するつもりで、処方を28日分と書いてしまったものと思われる。
- なお、この医薬品は患者への服薬指導も重要で、定められた服薬パターンで服用しないと重篤な副作用が生じる危険性もある。
- 正しく服用するためには、服用日、休業日を具体的な日付として示すことが重要となる。

「リウマトレックス週1日服用、4週間分処方」を意図して、「28日分」と書かれた処方せんを作成。



## 共有すべき事例(平成24年年報 事例1)

### 事例1 内服薬調剤、秤量間違いに関する事例 (事例番号: 000000022462)

#### 事例の内容

「フェノバル散10% 1g、90日分」で秤量すべきところ、「0.5g、90日分」で秤量した。

#### 背景・要因

処方せんを発行した病院が当日より処方せんの書き方を変更した。1回分と1日分は括弧書きで両方の併用表記になった。これまでは1日分表記だったので、1回分を1日分と勘違いしてしまった。

#### 薬局が考えた改善策

未記載

#### その他の情報

特記事項なし

「1回量」と「1日量」との記載を変更する際のエラー。



## 共有すべき事例(平成24年年報 事例3)

### 事例3 内服薬調剤、薬袋の記載間違いに関する事例 (事例番号: 000000023153)

#### 事例の内容

オキシコンチン錠5mg 3錠/分3毎食後(すなわち1回1錠)で処方されたが、食後、食前の指示がなく、時間で服用する際は、通常の用法とは違う入力方法を行い、後で薬袋の修正をかけて行う方法をとっていた。事務員の入力ミス、薬剤師の確認不足で、薬袋の表記方法が1回3錠(1日量の表記)になってしまい、患者がその通り服用してしまうこととなった。

#### 背景・要因

レセコン上、薬袋と薬剤情報提供文書の表記が違ってくるようになった。事務員は入力する時に、マニュアル通りの入力をせず、薬袋表記のミスにつながった。薬剤師も薬剤情報提供文書と薬袋の表記が違ってくることを把握しておらず、さらに薬袋表記の確認を十分に出来ておらずミスにつながった。説明時も薬剤情報提供文書を中心に行ったため再度確認出来なかった。

#### 薬局が考えた改善策

レセコンの用法入力方法について薬袋と薬剤情報提供文書が必ず一致するように入力する。事務員、薬剤師共に再度薬袋、薬剤情報提供文書の表記についてチェックを行う。

処方せんの正しい入力にレセコンが対応していない。





## 共有すべき事例(平成24年年報 事例22)

### 事例22 疑義照会、分量変更に関する事例(事例番号:00000026512)

#### 事例の内容

1歳の幼児に喘息発作が出たためにデカドロンエリキシル0.01% (0.1mg/mL) が処方された。処方量が6mgとなっていたが、前回処方時は0.5mgであったので確認をしたら0.6mgと変更となる。

#### 背景・要因

処方せん発行機関で処方入力の際、単位設定を行うのであるが、第1単位がmgとなっており、処方医は製剤量(mL)を入力していたために間違えている。また、今後の処方せん記載においても製剤名で入力した場合の単位は製剤量、成分名で入力した場合の単位は成分量となっているにもかかわらず過渡的時期にもあるためにその記載が医師に徹底されていないために起きた事例である。

#### 薬局が考えた改善策

処方せん記載について単位のところまでしっかりと徹底して入力を行うように病院薬剤部は全医師に指導を行う(人数が多いから徹底できないは通用しない)。また、その用量が成分量か製剤量なのか処方せんに記載するようにシステム改修をすべきである。

医療機関においてける製剤量と成分量との間違え。  
オーダーリングのデフォルトの単位が「mg」であったことによる。



## 共有すべき事例(平成23年年報 事例19)

### 事例19 内服薬調剤、処方せん鑑査間違いに関する事例(事例番号:00000018163)

#### 事例の内容

院内処方での病院より院外処方箋を受け付けた。在庫がない薬品だったため、必要量を計算し、他薬局に小分けを依頼した。その間に他の薬剤師が小児用の薬のため、体重による鑑査を行ったところ、かなり少量であることが判明した。最初の計算量では足りないため、小分けを中止し購入した。また疑義照会を行おうと再度処方箋をよく見たところ、1日量ではなく1回量で記載されていた。

#### 背景・要因

日頃受け付けている処方箋はすべて1日量表示だったため、その慣れがあり、「1回○○mg」と記載されているのを1日量と見間違えた。

#### 薬局が考えた改善策

1つの病院からの集中率が高いため、他院からの処方箋については、よりしっかり鑑査するように徹底した。

薬局が、「1回量」で記載された処方箋を「1日量」による記載と誤解。



## 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書(平成22年)

### 問題意識

「・・・医師、医療機関の間で処方せんの記載方法が統一されていない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は後を絶たない状況にあり、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方箋の記載等に関する検討を早急に行うべき・・・。」(報告書1ページより抜粋)

問題意識の解決策の立案や普及及びその効果が十分現れる前に、新しいリスク要因が発生している。



## 共有すべき事例(平成24年年報 事例34)

### 事例34 内服薬調剤、薬剤取違えに関する事例(事例番号:00000028263)

#### 事例の内容

一般名:セフジトレンビホキシルのところ、セフボドキシムプロキシセチルのパナセファン錠100mgで調剤してしまった。

#### 背景・要因

知識不足であった。  
似た一般名なので思い込みをしてしまった。

#### 薬局が考えた改善策

該当薬については、薬の入っているケースに一般名を貼りつけた。  
その他の薬に関しては、取り急ぎ、「一般名処方時、調剤者が必ず、箱などで一般名も確認をする」というように決めました。

#### その他の情報

特記事項なし

- 一般名処方開始された。
- それによる名称類似が生じ、薬剤取り違えを生じた。