

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.183 2022年2月

製剤量と成分量の間違い(第2報)

医療安全情報No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(2007年8月)で、製剤量と成分量を間違えた事例を取り上げました。その後、類似の事例が8件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2015年1月1日~2021年12月31日)。この情報は、第66回報告書「再発・類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

散剤の処方において、製剤量と成分量を間違えたことにより過量投与した事例が再び報告されています。

事例1のイメージ



◆ 「製剤量」は秤取量、秤量、「成分量」は主薬量、原薬量、力価などを示しています。

◆ この医療安全情報は、医療安全情報No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」の第2報です。

製剤量と成分量の間違い(第2報)

事例 1

当院では、散剤は成分量で処方オーダーすることになっていた。医師は散剤に製剤量と成分量があることを知らず、持参薬から院内の処方に切り替える際、診療情報提供書の「アレビアチン散10% 2g/日 1日2回 朝夕食後」の記載を見て、「アレビアチン散10% 2000mg/日 1日2回 朝夕食後」をオーダーした。薬剤師から疑義照会があった際、医師は診療情報提供書を確認し、2gと記載があったので2000mgでよいと思い、そのまま調剤するよう伝えた。薬剤師は、成分量2000mg/日(製剤量20g/日)を調製して払い出した。看護師は薬包に入った粉の量が多いことを疑問に思わず、患者に投与した。2日後、病棟薬剤師が過量投与に気付いた。

事例 2

上級医Aは、患者にロイケリン散10%を投与する際、以前に勤務していた医療機関では製剤量でオーダーしていたため、製剤量を意図して150mgを処方するよう医師Bに指示した。当院では成分量でオーダーすることになっていたが、医師Bは指示された通り150mgと入力した。薬剤師から疑義照会があった際、医師Bは、上級医の指示通りに処方したのでそのまま調剤するよう伝えた。患者に成分量として1日15mgのところ150mgを10日間投与していた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・処方オーダー画面や処方箋に「製剤量」あるいは「成分量」と表示する。
- ・散剤には「製剤量」と「成分量」があることを医師・看護師に教育する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

取り組みのポイント

- ・施設間の診療情報提供書などによる情報共有の際も、散剤の処方には「製剤量」と「成分量」のどちらであるかを明記する。

(総合評価部会)

※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、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、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。

本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://www.med-safe.jp/>

※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す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<https://www.med-safe.jp/>