

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.106 2015年9月

## 小児の薬剤の調製間違い

小児に正しい処方が出ていたが、薬剤の調製を間違い、過量投与した事例が5件報告されています(集計期間:2012年1月1日~2015年7月31日)。この情報は、第27回報告書「個別のテーマの検討状況」(P145)で取り上げた内容を基に作成しました。

**小児の薬剤を調製する際、計算間違いや思い込みにより調製を間違い、過量投与した事例が報告されています。**

薬剤名	医師の指示	間違えて調製した量	年齢	背景
点滴静注用 バンコマイシン0.5 「MEEK」	40mg/回	<b>400mg/回</b>	0ヶ月	1g=100mgと思い込んだ
点滴静注用 バンコマイシン0.5 「MEEK」 (2バイアル)	70mg/回	<b>700mg/回</b>	2ヶ月	100mg/mLの濃度に溶解後、0.7mLという液量に違和感があり、7mLだと思い込んだ
プログラフ 注射液2mg	0.18mg/日	<b>1.8mg/日</b>	2歳	・計算式の誤り ・処方に正しい希釈方法が記載されていたが照合しなかった
アミカマイシン 注射液100mg	4.5mg/回	<b>18mg/回</b>	0ヶ月	計算間違い
フルダラ静注用 50mg	15mg/日	<b>30mg/日</b>	2歳	計算間違い



## 〔小児の薬剤の調製間違い〕

## 事例 1

0ヶ月の患児に「バンコマイシン40mg+生食5mL 5mL/h 1日3回」の指示があった。本来であれば、バンコマイシン0.5gを生食5mLで溶解し、そのうち0.4mLが40mgになるが、看護師Aは「1g=100mg」（正しくは1g=1000mg）と思い込み暗算した。看護師Aは確認のため、看護師Bに「バンコマイシン0.5gを生食5mLで溶解して4mLでいいね」と口頭で言い、看護師Bは自分で計算しないまま「はい、そうです」と答えた。看護師Aはその通りに調製し、投与した。翌日、バンコマイシンの血中濃度の上昇を認め、調製の間違いに気づいた。

## 事例 2

2歳の患児にプログラフ注射液2mg(0.4mL)を0.18mg/48mLに調製して持続静注を開始する際、小児科医師は注射オーダに「生食19.6mLとプログラフ0.4mLを混ぜ0.1mg/mLとし、その内1.8mLを生食と足して計48mLとする」と調製方法をコメントしていた。薬剤師が計算した際に計算式を誤り0.18mgのところ1.8mgとし、その後、医師のコメントと照合しなかった。そのため、本来であれば0.1mg/mLとしたプログラフ1.8mL(=0.18mg)のところ18mLで調製し、投与した。翌日、薬剤部でプログラフを調製した際、前日の調製の間違いに気づいた。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

小児に薬剤を投与する際、以下を実施する。

- 医師は、処方箋のコメント欄に希釈方法を具体的に記載する。
- 薬剤部では、鑑査時に計算式を確認する。
- 調製時、投与量の計算過程を記録し、2名で確認する。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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したりする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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

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