



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

**医療  
安全情報**

No.29 2009年4月

# 小児への薬剤 10倍量間違い

小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違い、過量投与した事例が8件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年12月31日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違い、過量投与した事例が8件報告されています。**

## 間違えた薬剤とその量

投与した薬剤	予定した薬剤量	投与した薬剤量	患者の年齢
インクレミンシロップ	1.5mL/日	<b>15mL/日</b>	1ヶ月
ジゴシン散	0.03mg/日	<b>0.3mg/日</b>	3ヶ月
デカドロン錠	2mg/日	<b>20mg/日</b>	6歳
ノバントロン注	1.2mg/回	<b>12mg/回</b>	9ヶ月
フラグミン静注	75単位/kg/日	<b>750単位/kg/日</b>	8ヶ月
フルマリン静注用	25mg/回	<b>250mg/回</b>	2ヶ月
マイスタン細粒	0.2mg/kg/日	<b>2mg/kg/日</b>	9ヶ月
ワーファリン錠	0.6mg/日	<b>6mg/日</b>	8ヶ月

◆小児に対する処方の際の薬剤10倍量間違いの要因として、医師の勘違いや計算間違い、入力時の桁数間違いなどが報告されています。

## 〔小児への薬剤10倍量間違い〕

## 事例 1

医師は、3ヶ月の患者にジゴシン散「0.03mg」を処方すべきところ、「0.03mg」のつもりで、実際には「0.3mg」と入力し、入力した処方内容を確認しなかった。また、薬剤師は、鑑査で処方量が多いことに気付かず調剤した。そのため、予定した量の10倍量の薬剤が投与された。

## 事例 2

医師は、2ヶ月の患者にフルマリン静注用「25mg」を処方すべきところ、勘違いをして「250mg」と入力し、入力した処方内容を確認しなかった。また、薬剤師は、鑑査で処方量が多いことに気付かず調剤した。そのため、予定した量の10倍量の薬剤が投与された。オーダリングシステムでは、処方量が添付文書上の成人の1回量、1日量を超えた場合に警告が出る設定になっていた。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

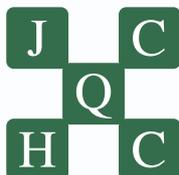
**処方内容の入力や鑑査をする際は、年齢や体重等に基づいて薬剤量を確認する。**

※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.jcqh.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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。



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10階

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

<http://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>