



福島医発第1813号(地)
平成27年10月 6日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報No.106」の提供について

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より福岡県保健医療介護部医療指導課を通じて別添のとおり「小児の薬剤の調製間違い」に関する通知がありましたのでお知らせいたします。

本通知ならびに医療安全情報、日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、貴会会員の医療安全対策の推進にご活用いただきますよう周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 吉武靖博
会長 廣瀬真恵

公印省略

27医指第361号-6

平成27年9月18日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長

(医療指導課)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.106」の提供について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構から別添（写）のとおり情報提供がありましたのでお知らせします。

なお、上記医療安全情報を含め公益財団法人日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、ご活用くださるとともに、貴会会員に対し周知していただきますようお願いいたします。

【担当】 医療指導係
長田

TEL 092-643-3274

FAX 092-643-3277



各医師会通知



事故防止 162号
平成27年9月15日

各都道府県知事
各保健所設置市長 殿
各特別区長

公益財団法人日本医療機能評価機構
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄
（公印省略）

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 106」の提供について

平素より当事業部の実施する事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、9月15日に「医療安全情報 No. 106」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加医療機関以外で希望する病院に提供いたしましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当機構のホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）にも掲載いたしておりますので、貴管下医療機関等に周知いただきご活用いただければ大変幸いに存じます。

今後とも有用な情報提供となるよう医療安全情報の内容の充実に努めてまいりますので、何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。





公益財団法人 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.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	400mg/回	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	700mg/回	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	1.8mg/日	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	18mg/回	0ヶ月	計算間違い
フルダラ静注用 50mg	15mg/日	30mg/日	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

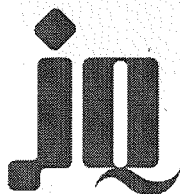
小児に薬剤を投与する際、以下を実施する。

- 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/>