

### 【3】「処方入力の際の単位間違い」（医療安全情報No. 23）について

#### （1）発生状況

医療安全情報No.23（平成20年10月提供）では、「処方入力の際の単位間違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数3件 集計期間：平成18年1月～平成20年8月）。処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例は、平成19年に2件、平成20年に1件、平成21年では3件報告された。このうち本報告書分析対象期間（平成21年10月～12月）に報告された事例は2件であった（図表Ⅲ-3-4）。


図表Ⅲ-3-4 「処方入力の際の単位間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	0	0	0	2	2
平成20年	1	0	0	0	1
平成21年	0	0	1	2	3

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報No.23 「処方入力の際の単位間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.23 2008年10月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.23 2008年10月


### [処方入力の際の単位間違い]

処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が3件報告されています。  
(集計期間:2006年1月1日～2008年8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)。

**処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が報告されています。**

薬剤名	予定した量	実際に投与した量
ノルバスク錠	5mg	5錠 (25mg)
エクザール注射用	5.5mg	5.5本 (55mg)
プログラフ注射液	1mg	1mL (5mg)

◆◆◆ 医療事故情報収集等事業 ◆◆◆



No.23 2008年10月 ◆◆◆

### [処方入力の際の単位間違い]

**事例 1**

患者に、ノルバスクの錠剤5mgを処方する予定であった。オーダリングの処方入力の画面では、「ノルバスク錠5mg」と表示され、単位の初期設定は「錠」であった。医師は、そのことに気付かず、「5」と入力したため、誤って5錠 (25mg) が処方された。


**事例 2**

化学療法のため、患者に、エクザール5.5mgを処方する予定であった。オーダリングの処方入力の画面では、「エクザール10mg」と表示され、単位の初期設定は「本」であった。医師は、そのことに気付かず、「5.5」と入力したため、誤って5.5本 (55mg) が病棟に払出された。

**事例が発生した医療機関の取り組み**

- ・ 入力の際、画面に表示される単位を確認する。
- ・ 単位間違いが起こりやすいことを認識し、処方鑑査を強化する。

※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#medsafe  
※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

## (2) 事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

生後45日の超低出生体重児の患児に対してポンタール内服を行うことにした。主治医は、力価で1.5mg投与すべきところ、シロップ量で1.5mL(48.75mg)を処方し、看護師がその通りに投与したため、患児に予定していた約30倍の量を投与した。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。主治医は、ポンタールを処方するのが初めてであり、知識が不足していた。

### 事例 2

医師は、患者に中心静脈栄養ポートからインスリンの持続投与を予定していた。インスリンを指示入力する際、ヒューマリンRを「24単位」と指示するところ、「24mL(1mL100単位)」と指示した。医師は、入力する単位(単位数と用量)の違いに気付かなかった。また、入力した医師も指示を受けた看護師もその間違いに気付かなかった。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ①医師は指示を入力する際、単位を確認する。
- ②初めて処方する薬剤の処方内容は、上級医と確認する。
- ③指示を受けた看護師は、処方内容を確認する。

## (4) まとめ

平成20年10月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、入力の際、画面に表示される単位を確認すること、単位間違いが起こりやすいことを認識し、処方鑑査を強化することを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と概ね同一のものが含まれており、それを医療機関内で周知徹底する必要があることが示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の変向に注目していく。