

事例16

< 事例概要 >

調剤時に間違いがあり種類の異なる薬剤投与に至った

デゾラム錠 0.5 mg (エチゾラム) : 抗不安薬

・ 80 歳代、右乳がん、肝・脳転移

・ 持参薬を継続処方するため、デカドロン (0.5 mg) 4 錠 / 日で処方した。薬剤師は薬品名の 1 文字目「デ」と「0.5 mg」からデゾラム 0.5 mg を調剤。薬剤鑑査時に見逃し、払い出した。看護師は配薬カートに薬剤をしまう際、処方箋と配薬ボックス内の薬剤を照合しなかった。投与する看護師は、薬剤と処方箋は照合済みと思い、患者名のみを確認、内服薬を投与した。

・ 投与開始翌日、患者が傾眠状態となり内服中止 (計 4 錠内服)。投与から 4 日目、処方と異なるデゾラム 0.5 mg を調剤していたことが判明。投与から約 1 週間後に死亡。

・ 死因は、肝機能、腎機能の悪化。死亡時画像診断 (Ai) 無、解剖無。