

事例19

< 事例概要 >

投与準備時に用量間違いがあり過量投与に至った

オキファスト注 10 mg（オキシコドン塩酸塩水和物）：麻薬

- ・ 60 歳代、膀胱がん、多発肺転移

- ・ 赴任直後の医師が「mL」で処方する院内ルールを知らず、麻薬処方箋で「オキファスト注（10 mg/ 1 mL /A）2 mg皮下注」と処方した。看護師は 1 筒投与するものと思い込み、注射ワークシートで使用量を見逃した。ダブルチェックの際、「1 A は多くないか」と確認があったが、「1A と聞いている」と返答し、皮下注射。当該病棟はオキファスト注の使用頻度が少なかった。

- ・ 投与約 1 時間半後、意識レベルが低下、呼吸停止となり、当日死亡。死亡より 3 日後、薬剤部が麻薬残量を確認した際にオキファストの過量投与が判明。

- ・ 死因は、呼吸停止。死亡時画像診断（Ai）無、解剖無。