

事例29

< 事例概要 >

投与実施時に患者間違いがあり過量投与に至った

オキシコンチンTR錠40 mg（オキシコドン塩酸塩水和物）：麻薬

- ・ 60 歳代、パジェット病、肝転移
- ・ 疼痛管理のため、オキシコンチン 5 mg を 1 日 2 回で開始した。看護師は同時刻に 4 人分の麻薬を投与するため、4 人分の薬袋を一つのトレイに入れた。ベッドサイドで薬袋の患者名を確認したが、申し送りが入り作業中断した。作業再開した際、他患者の薬袋より 1 包取り出し、オキシコンチン40 mg 4 錠を渡した。患者から「3 錠のやつだね」と発言があったが、薬袋や薬歴一覧での照合を行わず「4 錠です」と伝えて投与。
- ・ 投与約 20 分後、他患者の内服薬を投与したことが判明。その後尿量減少、発熱を認め状態が悪化し、3 日後に死亡。
- ・ 死因は、急性腎不全、パジェット病の進行。死亡時画像診断（Ai）無、解剖無。