

事例2・類例 過量投与によって起こったインシデント、アクシデント事例

関係者	内容	事例の結果	最悪のシナリオ
医師・歯科医師	すでに精神科でゼスラン<メキタジン>を処方されている患者に皮膚科からゼスランを重複投与。	一時重複して服用。次の定時処方で気づく。	過量投与によりふらふらになり転倒してけが。
看護師・准看	ルート交換中に昇圧剤のシリンジポンプの設定が不適切で、準備状態の10倍速のままで注入。	血圧が急に上昇し、投与開始より2分の時点で気づいた。	不整脈から心停止に至り死亡。
薬剤師	プレドニゾン1mgを調剤中に別の作業が発生し、調剤作業再開時に誤って5mg錠を調剤(1回2錠の処方)。	2mgのところ、1回だけ10mgを服用。	ずっと気づかず5倍量の服用を続け、副腎機能不全に。
医師・歯科医師	気管支喘息患者に対し、指導医のエピネフリン0.3mの口頭指示を受けた医師が誤って1mを皮下注射。	経過観察により回復。	不整脈から心停止に至り死亡。
医師・歯科医師	気管支喘息の外來患者に対してプレドニゾロンを一時30mg/dayに増量。その後10mg/dayに戻すべきところ、戻し忘れてDo処方。	患者は2週間内服してしまい、顔がむくむ等の症状を呈した。	感染症が増悪して入院。
看護師・准看	IVHの投与速度の設定を誤り、約5倍の速度で注入。	高血糖を生じ、インスリンを投与する必要に迫られた。	刺入部に炎症を起こし、感染症から死亡。
その他	プレドバ<塩酸ドバミン>注の注入ポンプ故障により、投与速度が速くなった。	不明。	不整脈から心停止に至り死亡。
複合	塩酸モルヒネの液剤20mg/20ml 1×医師指示(医師の投与予定量は1回1.8ml)の処方に対し、誤って看護師が薬札通り全量を投与。	経過観察にて無事。	過度の呼吸抑制からICUへ入室。
医師・歯科医師	研修医のセルシン<ジアゼパム>1A(10mg)静注の処方に対し、指導医も過量投与を見落として、患者に投与された。	患者の意識レベルが低下し、拮抗薬の投与により回復。	意識レベル低下、呼吸停止から後遺障害に。
看護師・准看	解熱剤の坐薬を過量投与。その後申し送りを確認したところ、すでに投与済みであることが判明。	不明。	過量投与によりショックを起こし入院。
薬剤師	テオドール<テオフィリン>(100)2T2×に対して200mg錠を調剤。	患者が内服直前に気づき、無事。	過量投与により不整脈を生じ、ICUに転床。
医師・歯科医師	抗がん剤を4日間投与すべきところを誤って18日間処方し、患者が服用。(薬品名、投与量等の詳細は不明)	不明。	汎血球減少のため緊急入院。
医師・歯科医師	紹介前医からの引継処方、小児患者にテオドール<テオフィリン>D S20% 0.4g/dayを成分量と誤読して5倍量処方。	薬剤師が疑義照会するも真意が伝わらずそのまま調剤され、病棟にて家族が気づき回避。	不整脈から心停止に至り死亡。
看護師・准看	モルヒネ注をシリンジポンプで注入する際に、セット方法が悪くシリンジ内の薬液が一気に患者に注入された。	不明。	患者が呼吸抑制、呼吸停止から死亡。
医師・歯科医師	紹介前医からの引継処方、アンギナル錠<ジピリダモール>6T3×を100mg錠と思いこみ、600mg/dayを処方したが、実際には25mg錠であった。	不明。	血圧が低下してショック状態に。
看護師・准看	カコージン<塩酸ドバミン>点滴中の車いす移動患者。点滴がはずれたため看護師が再接続して閉塞をおそれて全開で点滴した。	患者は心悸亢進を訴えた。	不整脈から心停止に至り死亡。
医師・歯科医師	タキソール<バクリタキセル>投与にあたり、前回より体重が大幅に減少していたため投与量を再計算したが、処方オーダーへの修正入力を忘れた。	指導医により投与量ミスが発見された。	副作用により汎血球減少で入院期間延長。
複合	ラシックス<フロセミド>を1Aから1/2Aに減量しカルテに記載したが、処方オーダーには1Aのままを入力してしまった。	投与前に誤りに気づく。	過度の利尿と血圧低下から転倒。
医師・歯科医師	小児にミオカーム<ピラセタム>内服液を初回10倍希釈で投与したが、2回目以降、研修医が10倍希釈品のm数で処方を誤記。	患児は2か月にわたり10倍量を服用。	過量投与により白内障を発症。
看護師・准看	看護師が、アピスタンディン<アルプロスタジルアルファデクス>をシリンジポンプで10倍速投与。	血圧モニターを余儀なくされた。また、軽度の発赤を認めた。	ショックから心停止により死亡。
薬剤師	散剤の計算を誤り、3日間にわたり10倍量投与(医薬品名等詳細不明)。薬剤師も気づかず。	不明。	過量投与の副作用により死亡。
看護師・准看	アルブミンを誤って指示の4倍速で投与。	不明。	吐き気、蕁麻疹を発症。入院が延長。
複合	ラシックス<フロセミド>100mg/20mlという不完全な指示に対し、看護師がラシックス(100mg/10ml)×2Aを準備。	別の看護師に指摘され、医師に確認して誤りに気づいた。	過量投与から急性腎障害に。
看護師・准看	普段使用しているものとは異なるシリンジポンプを使用する際、設定ミスにより、コンクライト-Mg<硫酸マグネシウム>を10倍速投与。	患者は頭痛を訴えた。	不整脈を誘発し心停止。

関係者	内容	実例の結果	最悪のシナリオ
複合	メキシチール<塩酸メキシレチン>100mg×2という不完全な指示に対し、看護師が、医師の意図した量の2倍、200mgを投与。	胃吸引、胃洗浄を実施。	不整脈から心停止に至り死亡。
複合	入院時患者が持参した隔日服用のプレドニン<プレドニゾン>の薬袋に、隔日投与の表示がなく、連日投与。	不明。	消化性潰瘍から消化管出血に。
看護師・准看	パナルジン<塩酸チクロピジン>錠 2T2×朝夕の処方に対し、1日量と1回量を誤り朝、昼、夕の配薬ボックスに各2錠を準備。	指導看護師が気づき訂正。	重篤な肝障害を発生し死亡。
複合	「ホリゾン<ジアゼパム>5ミリ」との医師指示に対し、看護師が5ml(25mg)を準備。医師の意図は5mg(1ml)。	在庫が2アンプルしかなく、看護師が上司に相談し誤りに気づいた。	強度の眠気、ふらつきをおこし、転倒して骨折。
看護師・准看	IVHの点滴速度を80ml/hrから60ml/hrに切り替える指示に対して、ルート交換中に看護師コールを受け速度変更を忘れた。	受け持ち看護師が巡視中に気づき訂正。	血糖値が上昇しすぎ、インスリンを投与することに。
看護師・准看	ワルファリン投与中の入院患者。凝固能検査の結果をみて投与量を調節する予定が、看護師が従前の投与量で配薬し患者が服用。	投与量の変更が遅れた。	消化管出血を起こし新たな投薬が必要に。
看護師・准看	空腹時血糖100mg/d超の時のみグリベンクラミド投与の指示に対して、血糖値90mg/dであったのに看護師が誤投与。	不明。	低血糖により患者は死亡。
看護師・准看	ペルマックス錠<メシル酸ペルゴリド>50μg錠を服用中の入院患者に、病棟の薬が不足したため看護師が他の患者の250μg錠を借りて誤投与。	不明。	幻覚、せん妄を起こして階段から転落して大けが。
看護師・准看	KCL補正液キット20メック<塩化カリウム>0.5キットの指示に対して1キット全量を準備。	投与前に気づき正しく再調製した。	不整脈を起こし患者が死亡。
薬剤師	アーチスト<カルベジロール>1.25mg錠を調剤すべきところ誤って10mg錠を調剤。	看護師により誤りが発見された。	心不全が急速に悪化し死亡。
薬剤師	アルカディカプセル<ピモベンダン>1.25mgを調剤すべきところを誤って2.5mgを調剤。	患者が使用前に気づき交換。	不整脈を起こし緊急入院。
看護師・准看	アナペイン注<塩酸ロピバカイン>2mg/mlと誤り10mg/mlを投与。	患者がしびれるような違和感を訴えた。翌日薬剤師の指摘により初めて投与ミスに気づく。	血圧低下からショックに至り死亡。
薬剤師	アムロジン<ベシル酸アムロジピン>5mgが退院時同2.5mgに減量となったが、薬剤師が処方せんの変更入力を忘れ、そのまま投与。	1か月後の診療時に別の薬剤師により発見された。患者への影響は不明。	低血圧によるふらつき、めまいから転倒し骨折。
薬剤師	アムロジン<ベシル酸アムロジピン>2.5mgを調剤すべきところ、誤って5mg錠を調剤。	不明。	低血圧によるふらつき、めまいから転倒し骨折。
薬剤師	アリセプト<塩酸ドネペジル>3mgを調剤すべきところ、誤って5mg錠を調剤。	不明。	強い抗コリン作用により患者が服薬を拒否し、薬物治療が導入できず認知症が急速に悪化。
薬剤師	アルファロール<アルファカルシドール>0.25μgの処方に対し誤って1μgを調剤。	不明。	高カルシウム血症に至り、緊急入院。
看護師・准看	オキシコンチン<塩酸オキシコドン>5mg2T2×の処方に対し看護師が誤って1回2錠を投与。	不明。	便秘が悪化し痔疾患に。
薬剤師	カルスロット錠<塩酸マニジピン>10mgの処方に、誤って20mg錠を調剤して投薬。	不明。	低血圧から失神を起こし交通事故で死亡。
看護師・准看	グリセレブ<濃グリセリン・果糖>100mlの指示に対して誤って200mlを投与。	他の看護師に指摘され気づく。経過観察に。	低カリウム血症が悪化し不整脈が発症。
看護師・准看	ケタラール筋注用<塩酸ケタミン>200mg製剤を投与すべきところ誤って500mg製剤を投与。	不明。	低血圧によるふらつき、めまいから転倒し骨折。
薬剤師	サイレース錠<フルニトラゼパム>1mg錠の処方に対して誤って2mg錠を調剤。	調剤監査時に発見され事なきを得た。	患者が嗜眠、ふらつきから転倒し骨折。
看護師・准看	ザンタック錠<塩酸ラニチジン>2錠2×朝夕食後の処方に対して、誤って1回2錠を配薬。	不明。	腎機能障害が悪化。
薬剤師	患者の持参薬を確認する際に、シグマート<ニコランジル>2.5mgを誤って同5mgと医師に報告。	不明。	肝機能障害を誘発して全身状態が悪化。
複合	シプロキサ<シプロフロキサシン>注を300mgから200mgに減量指示があったが、指示不適切で従前の300mgで投与しうくなった。	他の看護師に指摘され気づく。	腎機能障害を誘発して全身状態が悪化。

関係者	内容	事例の結果	最悪のシナリオ
事務・受付	シングレアチュアブル<モンテルカストナトリウム>5mgを投与すべきところ、入力誤りでシングレア錠10mgがオーダーされた。	患者が服用し、「服用すると震える」と訴え来院。	幻覚・けいれんを起こし緊急入院。
複合	ソセゴン<ペンタゾシン>15mgの指示に対して同30mgを用意し医師に手渡す。医師も気づかず投与。	空アンプルから過量投与が発覚。その後の転帰は不明。	過度の眠気、ふらふらにより転倒。
看護師・准看	他剤と一包化された定時処方ofチラーゼンS<レボチロキシンナトリウム>と、別に臨時処方された同量のチラーゼンSを重複与薬。	不明。	狭心症発作を誘発し死亡。
薬剤師	TS-1<テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム>20mgカプセルを調剤すべきところ誤って25mgカプセルを調剤。	患者に薬がわたったが、直前で気づいて無事。	骨髄抑制から汎血球減少に至り死亡。
事務・受付	デバケンR<バルプロ酸Na>1,200mg/日から800mg/日に減量となったが、事務員が処方せんを従前の量で入力したため1,200mg/dayで投薬。	後日薬剤師が患者宅に赴き謝罪と説明。	眠気、ふらふらから転倒し骨折。
看護師・准看	ハルシオン<トリアゾラム>0.125mg 2錠を0.25mg 1錠に変更（すなわち投与量は不変）したが、誤って0.25mgを2錠配薬してしまった。	不明。	せん妄、徘徊を起こし階段から転落して重症。
医師・歯科医師	高齢者がハルシオン<トリアゾラム>0.25mg錠を3錠服用（処方どおりか否かは不明）してトイレに行った際に転倒。	不明。	打ち所が悪く骨折から寝たきりに。
看護師・准看	ヒンセオール液<濃グリセリン・果糖>200m/1日1回3日間のところ1日3回3日間投与。	不明。	乳酸アシドーシスを発症し重篤な状態に。
事務・受付	プロプレス<カンデサルタンシレキセチル>12mgを8mgに減量したが、処方せんを入力した事務員が修正を忘れて従前の量の処方せんを交付。	処方せんを交付後カルテを確認している時に気づいた。	低血圧によるふらつきで転倒して骨折。
薬剤師	ブレドニゾロン1mg錠4錠の処方に対して5mg錠4錠を誤調剤。	患者が4日間服用、多幸感を認める。	消化管に多量の出血を起こし緊急手術に。
医師・歯科医師	ペルジピン<塩酸ニカルジピン>1Aの指示（医師の意図は2mg）に対して、看護師が10mgのアンプルを準備。	傍らにいた看護師が量が多いのではと指摘し事なきを得た。	低血圧からふらふら、めまいを訴え、トイレに行く際にベッドから転落。
看護師・准看	入院患者の疼痛の訴えに対して指示のボルタレンサポ<ジクロフェナクナトリウム>25mgを投与したが、3時間前に投与されていることが判明。	不明。	低体温、低血圧ショックにより昏睡。
医師・歯科医師	マイスリー<酒石酸ゾルピデム>10mg 1錠を服用していた86歳の患者に2錠を指示したところ、服用後ベッドから転落し、床に座り込んでいた。	不明。	打ち所が悪く骨折から寝たきりに。
医師・歯科医師	ゾピラックス<アシクロピル>点滴にあたり、経口用量で点滴してしまった。（適正用量470mgのところ750mgを投与）	輸液1,000mを追加。副作用の発現は認めず。	しびれ、振戦などの中枢神経系症状を呈し緊急検査。

【出典】

東京都医療安全管理体制支援事業緊急事例報告（<http://www.tmsia.org/>）。

日本医療機能評価機構ヒヤリハット事例情報データベース（<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>）。

医薬品医療機器総合機構事例集（<http://www.info.pmda.go.jp/info/idx-iryouanzen.html>）。

ナーシング 2003；23（11）。