【2】サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例

サイレース(一般名:フルニトラゼパム)は、錠剤の効能・効果は「不眠症、麻酔前投薬」であるのに対し、注射剤の効能・効果は「全身麻酔の導入、局所麻酔時の鎮静」であり、剤形によって効能・効果に違いがある。また、サイレースと名称が類似している薬剤としてセレネース(一般名:ハロペリドール)があるが、錠剤、注射剤ともに効能・効果は「統合失調症、そう病」である。

今回、本報告書の分析対象期間(2021年1月~3月)に、セレネース注5mgを投与するところ、誤ってサイレース静注2mgを投与し、患者に影響のあった事例が2件報告された。そこで、本報告書では、事例を遡って検索し、サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例について分析することとした。

(1) 報告状況

1)対象とする事例

2015年1月~2021年3月に報告された事例のうち、キーワードに「サイレース」と「セレネース」の両方を含む事例を検索し、サイレース静注とセレネース注を取り違えて患者に投与した事例を対象とした。

2)報告件数

2015年1月~2021年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は7件であった。

図表Ⅲ-2-1 報告件数

| 幸 | 假告年 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 (1~3月) | 合計 |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|----------------|----|
| | 件数 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 7 |

(2) 事例の概要

1) 投与すべき薬剤と誤って投与した薬剤

セレネース注5mgを投与するところ、サイレース静注2mgを投与した事例が6件と多かった。また、発生場所は、病室が5件であった。投与の目的は、患者が興奮状態であったり、安静時に起き上がろうとしたり、挿入されている点滴ラインを触って落ち着かないなど、不穏時の鎮静が多かった。

図表Ⅲ-2-2 投与すべき薬剤と誤って投与した薬剤

| 投与すべき薬剤 | 誤って投与した 薬剤 | 発生場所 | 投与の目的 | 件 | 数 |
|-----------------|----------------|---------------------------------------|------------|---|---|
| 112 | 11 21 w #h \\ | 病室 | 不穏時の鎮静 | 4 | |
| セレネース注 5 m g | サイレース静注 2mg | 手術室 | PICC挿入時の鎮静 | 1 | 6 |
| Jili g | | I C U | 不眠時の睡眠導入 | 1 | |
| サイレース静注 | セレネース注 | 病室 | 不穏時の鎮静 | | 1 |
| 2 m g | 5 m g | / / / / / / / / / / / / / / / / / / / | | | 1 |
| | 合計 | | | | 7 |

2) 当事者の職種経験年数

当事者に記載されていた職種は、全て看護師であった。当事者の職種経験年数を示す。

図表Ⅲ-2-3 職種経験年数

| 職種経験年数 | 件数 |
|--------|----|
| 0~2年 | 3 |
| 3~4年 | 1 |
| 5~9年 | 2 |
| 10年以上 | 4 |

[※]当事者は複数回答が可能である。

3)指示の状況

いずれの事例も入院時指示(頓用)や口頭指示により、患者に処方された薬剤ではなく病棟や部署に定数配置されている薬剤を使用していた。口頭指示の事例のうち1件は、医師が薬剤を処方オーダしていたが、看護師に手術室に持参するよう電話で指示した際、看護師が病棟の定数配置薬から誤った薬剤を取り出した事例であった。

図表Ⅲ-2-4 指示の状況

| 指示の状況 | 件数 |
|------------|----|
| 入院時指示 (頓用) | 4 |
| 口頭指示 | 3 |
| 合計 | 7 |

4) 発生段階と主な内容

発生段階と主な内容を整理した。薬剤の取り出し時の事例が6件と多く、全てセレネース注5mgを取り出すところ、誤ってサイレース静注2mgを取り出して投与した事例であった。

サイレース静注 2 mg(一般名:フルニトラゼパム)は、第 2 種向精神薬に分類されており、その乱用の危険性により、医療従事者が実地に盗難の防止に必要な注意をしている場合以外は、鍵をかけた設備内で保管することとなっている¹¹。一方、セレネース注 5 mg(一般名:ハロペリドール)は劇薬であり、他の薬剤等との区別がしてあれば鍵をかけて保管する必要はない。医療機関の状況によって、サイレース静注 2 mgのみ常に鍵のかかる場所で保管している場合もあれば、どちらも日中は鍵のかからない場所に保管している場合もある。報告された事例では、薬剤を取り出す際に看護師の頭の中でセレネース注 5 mgがサイレース静注 2 mgに置き換わっていたことが伺える。そのため、手に取った薬剤が別の薬剤であることに気付いておらず、アンプルに記載された薬剤名を見たとしても誤りに気付かなかったことが推測される。

図表Ⅲ-2-5 発生段階と主な内容

| 発生段階 | 件数 | 主な内容 |
|----------|----|---|
| 指示受け時 | 1 | ・フルニトラゼパムの院内採用薬はロヒプノール静注用 ^{注)} からサイレース 静注2mgに変更されていたが、不穏時の指示に「ロヒプノール」と記載 されており、ロヒプノールをセレネース注5mgと思い込んだ。 |
| 薬剤の取り出し時 | 6 | ・看護師はICU当直医から「セレネース」と口頭指示を受けた際、どちらも茶色のアンプルであり、取り出したサイレース静注2mgをセレネース注5mgと思い込んだ。 ・当該病棟では、セレネース注5mgは常備薬の戸棚、サイレース静注2mgは鍵のかかる薬品庫内に保管していたが、薬品庫から取り出したサイレース静注2mgをセレネース注5mgと思い込んだ。 ・看護師は、医師よりセレネース注5mgを手術室に持参するよう電話で指示を受けた際、メモに「セレネース」と記載したが、定数配置薬から薬剤を取り出す時にサイレース静注2mgをセレネース注5mgと思い込んだ。・セレネース注5mgを投与する指示を受けた看護師Aは、鎮静薬は鍵のかかる薬品庫で管理しているため、薬品庫内を確認したところサイレース静注2mgがあり、同様の薬剤と思い込んだ。 ・看護師Aがセレネース注5mgはどこにあるか聞いた際、看護師Bはサイレース静注2mgが保管されている鍵のかかった薬品庫を指し「ここにある」と回答した。看護師Aは、薬品庫にあったサイレース静注2mgをセレネース注5mgと思い込んだ。 |

注) ロヒプノール静注用2mgは、2018年2月に販売中止となっている。当該事例は販売中止後に発生した事例である。

5) 患者への影響と行った対応

患者への影響と行った対応について事例に記載されていた内容を整理した。患者への影響が記載されていた事例は、いずれもセレネース注5 mgを投与するところサイレース静注2 mgを投与した事例であった。誤ってサイレース静注2 mgを投与した事例では、呼吸状態に影響のあった事例や、患者の反応が鈍くなった事例などが報告されていた。セレネース注5 mgを投与するところ、サイレース静注2 mgを投与すると、患者に与える影響は大きい。

図表Ⅲ-2-6 患者への影響と行った対応

| 患者への影響 | 行った対応 |
|-----------------------------|------------------|
| 意識レベルの低下、SpO274%に低下 | NPPVを装着 |
| SpO280~90%台、末梢冷感、チアノーゼ、顔面蒼白 | 経鼻エアウェイを挿入 |
| SpO288%に低下、舌根沈下 | 酸素投与 |
| 声掛けに反応なし、舌根沈下 | モニタを装着 |
| 日中も声掛けや体の揺さぶりに対して反応が鈍い状態が継続 | 1時間おきのバイタルサインの測定 |

2016年に、厚生労働省よりフルニトラゼパム(注射剤)の添付文書について、「重要な基本的注意」の項に、パルスオキシメーターや血圧計等を用いて、継続的に患者の呼吸及び循環動態を観察することを記載するよう指示があった 2)。同年、製造販売業者より「フルニトラゼパム注射剤適正使用に関するお願いー呼吸抑制ー」 3)が出され、フルニトラゼパム注射剤の投与後に呼吸抑制関連の副作用が発現した症例とともに注意を喚起する情報提供がされている。サイレース静注 $2\,\mathrm{mg}$ は、患者の呼吸及び循環動態に影響する可能性が高く、投与には注意が必要な薬剤である。参考までに、サイレース静注 $2\,\mathrm{mg}$ とセレネース注 $5\,\mathrm{mg}$ の添付文書に記載されている内容について示す。

<参考>サイレース静注2mgとセレネース注5mgの添付文書記載内容(一部抜粋)^{4、5)}

| 薬剤名 | サイレース静注 2 m g | セレネース注5mg |
|-----------------------|---|-----------|
| 薬効分類名 | 麻酔導入剤 | 抗精神病剤 |
| 有効成分 | フルニトラゼパム | ハロペリドール |
| 効能・効果 | 全身麻酔の導入、局所麻酔時の鎮静 | 統合失調症、そう病 |
| 重要な基本的注意 [*] | (4)本剤投与前に、酸素吸入器、吸引器具、挿管器具等の人工呼吸のできる器具及び昇圧剤等の救急蘇生剤を手もとに準備しておくこと。また、必要に応じてフルマゼニル(ベンゾジアゼピン受容体拮抗剤)を手もとに準備しておくこと(「過量投与」の項参照)。(5)本剤投与中は、気道に注意して呼吸・循環に対する観察を怠らないこと。観察を行う際には、パルスオキシメーターや血圧計等を用いて、継続的に患者の呼吸及び循環動態を観察すること。 | 記載なし |

※呼吸状態への影響に関する内容の記載を抜粋した。

(3) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-7 事例の内容

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|-----|--|---|--|
| 1 | 手術室でPICC(末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル)を挿入する際、病棟看護師 A は、主治医より「セレネース注と生に持ってきに持ってきてほしい」と電話で口頭指表師 B と 2 名で復唱後、病棟の定数配置薬から養瀬を取り出した。ダブルチェック後、手術室 7 を受け出した。ダブルチェックを見せる。手術室 6 で変 1 0 0 m L に混ぜて側管から 3 0 分 に表がら「セレネース 1 A を生食 1 0 0 m L に混ぜて側管から 3 0 分 にってきでい、調製して側でから投与した。夕方、病棟看護師が定数配置薬をチェックを行い、調製して側でから投与した。手術室へ連絡し、投与した薬剤がセレネース注5 m g であったことに気付いた。手術室へ連絡し、投与した薬剤がセレネース注5 m g であった。患者には影響はなかった。患者には影響はなかった。 | と記載したメモ用紙を入れ、ス注の指示が出ていることを見る 2) 看護師 A は、定数配置薬の棚に取り、看護師 B に見せなが看護師 B は「そうです」と答う・病棟で薬剤が違うことに気付かなれるが、基本的な確認ができたとるが、基本的な確認ができたという思いも、がまであるという思いも、がまであるという思いも、がまであるという思いも、がまで病棟からセレネース注であるという思いも、対がした。なが、場がでは、病棟から届いた薬剤をがより、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かれまり、手術室で薬剤が違うことに気付かない出し、大きで変をしている。まずをセレネース注がなかるた。なが、まずに、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、ない、 | 護師Aは、トレイに「セレネース」 電子カルテのオーダ画面でセレネー 目視した。 からサイレース静注のアンプルを手 ら「セレネースです」と声をかけ、 えた。 かった背景について 子カルテの指示表と薬剤を準備し、 上げ2人で確認することになっていいなかった。 か、待たせているという焦りがあった。 か込みでサイレース静注を手に取った。 3は、アンプルの薬剤名を見ないで、 と思い込んだ。 ブルチェックした方法について 薬剤(サイレース静注)を受け取り、 アンプルを見せ、医師から投与する を手に持ち「セレネースです」と看 はいった背景について テのオーダ画面で確認しなかった。 れたため、患者名や薬剤名が記載さ 使用経験が少なく、病棟から届いた |

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|-----|---|---|---|
| 2 | 思者は、19時頃から Aは不穏で 認し、不穏で 認し、 19時頃から Aは不穏 Bに師 Bに師 Bに師 Bに Bを | ・当院でのダブルチェックは、指示と薬剤を2人で相互になった。本事例は、1人が薬剤を2とになったがは、1人が薬剤を確認したたがが適切に実施されていなかった。 ・看護師Aは、調製する際に不穏時の指述でなかった。 ・看護師Aは、認認しなかった。 ・看護師Aは、認認しなかった。 ・看護師Aは、認認しなかった。 ・看護師Aは、認認しなかったと、本語のはなかった。 ・看護師Aは、ではなかった。 ・看護師とないながなかった。 ・看護師とないながなかった。 ・看護師はなかった。 ・看護師はなかった。 ・看護師はなかった。 ・看護師とないながなかった。 ・看護師とないながなかった。 ・看護師とないながなかった。 ・看護師とないながないった。 ・看護師とないながなかった。 ・ 世上ないながながないのは、といいたのは、といいで、といいで、といいで、といいで、といいで、といいで、といいで、といい | ・ダブルチェックの方法を統一し、確認を徹底する。 ・ハイリスク薬や名称が類似する薬剤をスタッフへ提示し注意喚起するとともに、薬剤に関する教育を行う。 ・使用頻度の少ない薬剤を定数配置薬から除くなど、医師や薬剤師と連携して見直しを行う。特にサイレース静注を使用していな病棟は、定数配置薬から除く。 ・サイレース静注を薬剤部から払い出す際は、アンプルに「名称注意」のシールを貼付し注意喚起を図る。・インシデントカンファレンスを行い、スタッフへの注意喚起と強認の大切さを意識付け、対策を実施する。 |

注) ロヒプノール静注用2mgは、2018年2月に販売中止となっている。当該事例は販売中止後に発生した事例である。

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|-----|--|--|--|
| 3 | 夜間巡回時、患者は体動が激しく、叩いたり、足で蹴ったりするなどの攻撃性が見られた。当直医にコールし、「不穏時にセレネース1 A」の指示はあるが、静脈ラインを確保できる状況ではないことを説明し、筋肉注射の指示となった。看護師 A はセレネース注5 m g の投与についると思い、質力をででででしていると思い、薬品庫内を見たところサイレース静注2 m g があった。同様の薬剤が」と口頭で確認したが、医薬品情報を確認したがのた。看護師 A は、看護師 B に「セレネースと同様の薬剤が」と口頭で確認したが、医薬品情報を確認しなかった。看護師 A は、表書に筋肉注射した。0時30分、看護師 A は誤って共射した。0時30分、看護師 A は誤って共射した。0時30分、看護師 A は誤って共射した。0時30分、看護師 A は誤って共射した。0時30分、看護師 A はにが内といて気付き、血圧測定を実施し、1時間おきにバイタルサインを観察し変化がないことを確認した。したのし、直ちに医師へ報告してがないてとを確認した。して医師に報告した。患者はバイタルサインの変動はないも声掛けや体の揺さずりに対して反応が鈍い状態が続いた。その後、徐々に覚醒した。 | ・名称が類似した薬剤を取り違えた。 ・セレネース注5mgの指示は、投 与量が1Aのみで規格は記載されていなかった。 ・口頭での指示であったが、復唱やチェックバックによる確認が徹底されていなかった。 ・6Rに沿った確認や、有効なダブルチェックができていなかった。 ・2つの薬剤について疑問を持ったが、医薬品情報等で確認を行わなかった。 ・指示とは異なった注射薬を投与したことに加え、体重換算では2倍超の過量投与であり、誤りを発見した後に直ちに医師へ報告し、指示を仰ぐ必要があった。 | ・事例の背景・要因を踏まえた指示や確認行為を徹底する。 ・類似名の薬剤への対策として、フルニトラゼパム注射液はサイレース静注2mgのみであるが、セレネース注5mgと同じ有効成分の薬剤にハロペリドール注があるため、名称が類似しない他の薬剤に変更することを院内の薬事委員会へ提案する。 ・院内に向けて「インシデント事例」等で周知を行う。 |

(4) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ-2-8 主な背景・要因

○指示の不備

- ・フルニトラゼパムの院内採用薬はロヒプノール静注用2mgからサイレース静注2mgに変更されていたが、不穏時の指示は「ロヒプノール」と記載されていた。
- ・サイレース静注 $2 \, \mathrm{mg} \, \mathrm{E} \, \mathrm{tr} \, \mathrm{tr}$

○薬剤の知識不足

- ・看護師は、セレネース注5mgとサイレース静注2mgの2剤が病棟にあることを知らず、薬剤の違い を理解していなかった。
- ・看護師は、セレネース注5mgとサイレース静注2mgについて同じ薬剤か疑問はあったが、医薬品情報等で確認しなかった。

○確認方法の不遵守

- ・口頭指示であったが、復唱やチェックバックによる確認が徹底されていなかった。
- ・アンプルを取り出した際、薬剤名を確認しなかった。
- ・電子カルテの指示とアンプルを2名の看護師で照合することになっていたが、取り出したアンプルだけを確認した。
- ・ 当院のダブルチェックは、指示と薬剤を相互に指示し声出し確認することになっているが、看護師 A と 看護師 B は、指示簿を見ながら指示内容を読み上げて確認したため、ダブルチェックが適切に実施され なかった。
- ・薬剤の確認を求められた看護師は、アンプルの薬剤名が見えなかったが「そうです」と答えた。
- ・急いでいたため、他の看護師にダブルチェックを依頼後、チェック済か確認しなかった。

○定数配置薬の整理不足

- ・サイレース静注2mgなどの使用頻度の少ない薬剤を整理しておらず、定数配置薬の種類が増加していた
- ・院内採用薬がロヒプノール静注用からサイレース静注 2 mg に変更になっていたが、定数配置薬の棚の表示は「ロヒプノール」のままになっていた。

○思い込み

- ・サイレース静注 2 mg とセレネース注 5 mg は茶褐色のアンプルであり、看護師はサイレース静注 2 mgをセレネース注 5 mg と思い込んだ。
- ・取り出した薬剤はサイレース静注2mgであったが、セレネース注5mgと思い込んでいたため、薬剤 を調製後、生理食塩液のボトルに「セレネース」と記載した。
- ・手術室看護師はセレネース注の使用経験が少なく、病棟から届いた薬剤(サイレース静注)をセレネース注と思い込んだ。

○焦り

- ・指示を急いで実行しなくてはと焦っていた。
- ・手術室にいる医師からの指示であり、待たせているという焦りがあった。
- ・他の受け持ち患者のケアが十分に行えていなかったため、気持ちが焦っていた。

○その他

- ・手術室で使用する薬剤は、医師が患者用にオーダ後、手術室スタッフが薬剤部に取りに行くが、医師は 病棟看護師に持参するよう電話で指示した。
- ・投与の目的や患者の状態を他のスタッフと相談しアセスメントできていなかった。

(5) 医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ-2-9 医療機関から報告された改善策

○指示簿の見直し

・ 今回の事例以外にも、現在使用中の薬剤名と指示簿の薬剤名が違っているものがあり、電子カルテの更新に合わせて、各診療科で見直しをすることとなった。

○□頭指示の確認の徹底

- ・口頭指示の場合は、口頭指示確認用紙を使用し、ルールに則り指示を受ける。
- ・口頭指示を受ける際のルールを遵守する。
- ・電話での口頭指示であっても、医師の指示が入力されている場合はオーダ画面を見て内容を確認する。

○定数配置薬からの取り出し・調製時の確認の徹底

- ・薬剤の名称の確認は、アンプルに記載された薬剤名を読み上げる。
- ・薬剤を取り出す前、取り出した後、調製前、調製後、投与前、投与後に指示画面と薬剤を照らし合わせて確認する。
- ・ダブルチェックは必ずカルテの画面を用いて実施し、薬剤名を確認する。

○定数配置薬の整理

- ・サイレース静注2mgを使用していない病棟では、定数配置薬から除く。
- ・全病棟の定数配置薬からサイレース静注2mgを撤去した。
- ・使用頻度の少ない薬剤を定数配置薬から除くなど、医師・薬剤師と連携して薬剤の配置の見直しを行う。
- ・サイレース静注2mgとセレネース注5mgを同じ場所に置かず、保管場所を変更した。

○教育

- ・スタッフにハイリスク薬や名称が類似する薬剤を提示し、注意喚起とともに薬剤に対する教育を行う。
- ・インシデントカンファレンスを行い、事例を共有してスタッフへの注意喚起を行い、確認の大切さを意識付ける。

○その他

- ・サイレース静注2mgを薬剤部から払い出す際、アンプルに「名称注意」のシールを貼付し注意喚起を図る。
- ・名称が類似した薬剤への対策として、セレネース注5mgと同じ有効成分の薬剤にハロペリドール注5mgがあるため、名称が類似しない薬剤に変更することを院内の薬事委員会へ提案する。
- ・手術中に使用する薬剤を持参する指示が出た場合は、急ぎの要件か確認し、急ぎでなければ、定数配置 薬から使用せず、オーダされた注射薬を薬剤部へ取りに行く。

2020年11月に、製造販売業者の連名で「サイレース(一般名:フルニトラゼパム):注/麻酔導入剤、錠/不眠症治療薬」と「セレネース(一般名:ハロペリドール):抗精神病剤」の取り違えについて、本事業に報告された事例を引用した注意喚起の文書が公表され、医療事故を防止するための具体的な対策が提示されている。

<参考>サイレース®とセレネース®との販売名類似による取り違え注意のお願い⁶⁾ (一部抜粋)

取り違え防止のための対策のお願い

サイレース®とセレネース®の取り違え防止の啓発と周知をお願い致します。

事例学習、認識共有

医療従事者を対象に、サイレースとセレネースの両薬剤を間違えやすい医薬品として認知する機会(研修等)、事例学習(事例の周知、想定される取り違え場面の理解)の機会を定期的に設けていただくようご検討をお願い致します。

- ●製剤の外観の違いの再確認
 - サイレースとセレネースの両薬剤の販売名・薬効分類名を記載した表(本 資料裏面参照)を薬局内、診療室内、救急カート等に掲示していただく等ご 活用ください。
- ●取り違え防止を意識した保管場所や表示の工夫など 例)
 - ・薬剤を保管している棚に「サイレースとセレネースの取り違え注意」など の貼り紙を行う。
 - ・薬剤を保管している棚の引き出しに「類似名有 要確認」の表示をする。

また、この情報には、サイレース静注 2 mg とセレネース注 5 mg の写真が掲載されている。茶色のアンプル製剤でカナの表記や呼び名の印象が似ているが、ラベルの色に違いがあるため、参考にしていただきたい。

| 販売名 | サイレース [®] 静注 2 mg | セレネース [®] 注5mg |
|-----------|--|--|
| 一般名 | フルニトラゼパム | ハロペリドール |
| 薬効分類名 | 麻酔導入剤 | 抗精神病剤 |
| 製剤アンプルの写真 | MARKE IN COLUMN TO SERVICE AND ADDRESS OF THE PARTY OF TH | Constitution and Consti |

(6) まとめ

本テーマでは、サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例について、投与すべき薬剤と誤って投与した薬剤、指示の状況、発生段階と主な内容、患者への影響を整理して示した。報告された事例は、セレネース注5mgを投与するところ、誤ってサイレース静注2mgを投与した事例が多かった。いずれも、入院時指示(頓用)や口頭指示により、病棟や部署内の定数配置薬を使用していた。また、発生段階は、薬剤の取り出し時の事例が多く、指示とは違う薬剤を取り出したが誤りに気付かなかった状況が伺えた。

サイレース静注2mgとセレネース注5mgは、頭文字は違うが、カナの表記や呼び名の印象が類似しており、製造販売業者から注意喚起の文書が出されている。サイレース静注2mgは麻酔導入剤であり、投与する際には呼吸・循環動態に注意する必要があるため、セレネース注5mgを投与するところ誤ってサイレース静注2mgを投与すると患者へ与える影響は大きい。薬剤の取り出し時に誤った事例が多く、サイレース静注を病棟の定数配置薬にしないことを検討したり、定数配置薬とする場合は、管理方法の見直しや保管場所に取り違えを防止するための注意喚起をするなどの工夫が必要である。また、複数の看護師で薬剤を確認していた事例が多く、院内で決められた薬剤のダブルチェックの方法が曖昧になり、確認になっていない状況が分かった。取り出した薬剤が指示された薬剤であることを確認するため、電子カルテのオーダ画面や口頭指示の内容を記載したメモとアンプルに記載された薬剤名を照合する手順を明確にし、遵守することが重要である。

(7) 参考文献

- 1. 厚生労働省 医薬食品局 監視指導・麻薬対策課. 病院・診療所における 向精神薬取扱いの手引. 平成24年2月.
 - https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/kouseishinyaku_01.pdf (参照2021-4-1).
- 2. 厚生労働省. 薬生安発 0322 第1号. 「使用上の注意」の改訂について. 平成28年3月22日. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000117089.pdf (参照2021-4-1).
- 3. エーザイ株式会社. フルニトラゼパム注射剤 適正使用に関するお願い-呼吸抑制-. 2016年3月. https://medical.eisai.jp/content/000000710.pdf?20180807164256(参照2021-4-1).
- 4. サイレース静注2mg添付文書. エーザイ株式会社. 2019年8月改訂(第10版).
- 5. セレネース注5mg添付文書. 大日本住友製薬株式会社. 2020年3月改訂(第18版).
- 6. エーザイ株式会社. 大日本住友製薬株式会社. サイレース® とセレネース® との 販売名類似に よる取り違え注意のお願い. 2020年11月. https://www.pmda.go.jp/files/000237438.pdf (参照2021-4-1).