

医療安全トピックス TOPICS

Vol. 133

井上 純子

公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 医療安全課 課長

第65回報告書「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

公益財団法人日本医療機能評価機構では、医療事故情報収集等事業（以下：本事業）を行っています。本事業では、医療安全推進のため四半期ごとに報告書を作成し公表しています。報告書では、報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報からテーマを設定した上で、過去に遡って事例検索と分析を行っています。

本稿では、2021年6月に公表した第65回報告書の分析テーマで取り上げた「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」について紹介します。

●サイレース静注とセレネース注

2015年1月から2021年3月までに、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が7件報告されました。7件のうち6件は、セレネース注のところサイレース静注を誤って投与した事例でした（図表1）。

【図表1】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	件数
セレネース注5mg	サイレース静注2mg	6
サイレース静注2mg	セレネース注5mg	1
合計		7

（第65回報告書 図表Ⅲ-2-2(p.46)を一部抜粋）

サイレース静注は第2種向精神薬であるため鍵のかかる薬品庫に保管される一方で、セレネース注は通常の薬品棚に保管されることが多く、両薬剤は保管場所が違います。しかし両薬剤は、頭文字は一致していませんが、末尾の「ース」が同じで、カナの表記や呼び名の印象が似ており、取り違いやすい薬剤です。中には、どちらも茶色のアンプルで外観が似ていたと記載されていた事例もありました。

●薬剤の指示の状況と取り違えの発生段階

報告された事例では、入院時指示（頓用）や口頭指示により、病棟や部署に定数配置されている薬剤を取り出して投与していました（図表2）。患者に処方された薬剤ではないため、薬剤師の介入はなく、看護師が部署・病棟にある定数配置の薬剤を取り出す際に誤って取り出した事例が6件と、ほとんどを占めています（図表3）。

報告が多かった「薬剤の取り出し時」に発生した事例では、以下のような背景が記載されていました。

- ・看護師は、電話でセレネース投与の指示を受けた際、メモに「セレネース」と記載したが、薬剤を取り出すときにサイレース静注をセレネース注と思い込んだ。
- ・看護師Aが看護師Bにセレネース注はどこにあるのかを聞いた際、看護師Bは鍵のかかった薬品庫