

メーカーによる対応

注意喚起を促す チラシの配布

サクシン®と**サクシゾン®**は名称が類似している為、誤処方による事故やヒヤリ・ハット事例が発生しております。特にオーダーリングシステムでの入力ミスや処方せん誤読あるいは口頭指示受け時の思い違いがその原因として報告されております。ご使用の際には、今一度ご注意いただきますようお願い申し上げます。

サクシン®は
毒薬の筋弛緩剤です。

アンプル入り注射液

サクシン注射液20mg
20mg/2mL

サクシン注射液40mg
40mg/2mL

サクシン注射液100mg
100mg/5mL

毒薬、指定医薬品、処方せん医薬品
(注意・医師等の処方せんにより使用すること) **筋弛緩剤**

日本薬局方 **スキサメニウム塩化物注射液**
サクシン®注射液 20mg
40mg
100mg

Succin®

効能・効果、用法・用量、警告、取扱い等、使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

 **アステラス製薬株式会社**

サクシゾン®は
副腎皮質ホルモン剤です。

バイアル入り凍結乾燥剤 アンプル入り注射液付

サクシゾン®100 2mL

サクシゾン®300 5mL

サクシゾン®500 5mL

サクシゾン®1000 10mL

指定医薬品、処方せん医薬品
(注意・医師等の処方せんにより使用すること)

水溶性 **ヒドロコルチゾン**製剤
サクシゾン® 100, 300
500, 1000

SAXIZON

効能・効果、用法・用量、禁忌、取扱い等、使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

 製造販売元 **興和株式会社**
販売元 **興和創薬株式会社**

でも

- 注意していても事故は何年かに一度起きる
- そのたびに、患者が傷つき、医療者も傷つく
- 同じお金をかけるなら、サクシンかサクシゾンかどちらかの名前を変更するほうがいいのでは？

システムの対応の成功例



- 塩酸リドカイン
(キシロカイン)には
10%液と2%液が
あった



取り違えの注射ミスが
さまざまな病院で
多発していた

取り違え事故の事例

2004年4月 K大学病院

76歳女性患者に不整脈がみられたため、当直の研修医が塩酸リドカインを静脈注射2%製剤を使わなければならなかったのに、誤って10%製剤を注射。患者は心停止、2時間後に死亡。

看護師が「点滴用と書いてありますが・・・」
研修医は2種類あることを知らなかった

そのときの注射薬のラベル



- 事故の2ヶ月前に表示が改善されていたが
- 2種類あることを知らない人には無効だった

それまでにも事故は多発していた

- 朝日, 毎日, 読売3紙を検索(1984年以降)
- 1988年 1件 埼玉所沢
- 1994年 2件 埼玉春日部, 福岡北九州
- 2001年 1件 岡山
- 2002年 1件 青森弘前
- 2003年 4件 北海道旭川 東京文京区
静岡浜松 京都

リドカイン事故の根絶

- アストラゼネカ社は2005年秋に
- 10%製剤を全面販売中止に
- 2006年以降, 取り違え事故の報道はゼロ
事故の原因を絶つ「あるべき姿」
他にも輸液チューブの形状変更
麻酔ガスバルブのピンなど

まとめ

- 事故は我々が知っている以上に起きている可能性がある
- 医療界には伝統的に「高度なプロとして失敗は許されない」⇒「さらに注意, 訓練」という考え方があある
- しかし, 事故を減らすためには, 失敗をしようとしてもできないくらいの抜本的・システムの的な対応が必要

提言

- 1回服用量，総量表記に統一する
- 処方せんの手書を改訂して，それ以外の記載がしにくいようにする

例)

薬剤名

1回量

mg × 1日

回

必ず@を使うというようなルールもありうる

追加提言 将来に向けて

- 処方せんに病名を書くことにしてはどうか
- 疑義紹介のしにくさを改善できないか