

GE0240004 異なるペン型インスリン製剤を注射した事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事実の確認</li> <li>・背景・要因の確認</li> <li>・改善策について 等</li> </ul>
主な対応者	看護科長、薬剤部部長

**【報告された実施した医療行為の目的】**

糖尿病患者に対してインスリンを投与した。

**【報告された事故の内容】**

糖尿病に対してインスリンを投与中の患者。ヒューマログ3単位を皮下注射の指示が出ていた。インスリンの皮下注射は看護師が実施する指示であったので、担当看護師Aが注射伝票でヒューマログ3単位皮下注射の指示を確認後、用意してあったインスリンを確認したところ患者の名前が書かれたキャップにはヒューマログ50ミックスの本体が付いていた。指示されていたものとは違うインスリンが用意されていたので、指示受けをした看護師Bに確認した。確認された看護師はキャップについて名前を確認してこれで大丈夫と答えたためそのままヒューマログ50ミックスを皮下注射した。本体の指示はヒューマログ3単位の指示であったため、誤った薬剤が投与されてしまった。

**【事故の背景要因の概要】**

報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者氏名・インスリンの薬剤名・投与単位数をシールに記載してインスリンのキャップに貼って運用していた。</li> <li>・今回の事例では、キャップと薬剤本体が違う患者のものに入れ替わっていた。</li> <li>・注射伝票の指示と薬剤（インスリン本体）の確認を一人で行った。（ダブルチェックしていなかった）</li> <li>・指示された薬剤と用意された薬剤が同一で無いことに気付きながらも口頭確認だけでそのまま誤投与してしまった</li> <li>・確認を求められた看護師Bは、キャップの名前と種類・単位数のみで確認していた。（シール記載のインスリン名はヒューマログ3単位であった）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己注射の患者あるいは自己注射指導中の患者が使用するペン型インスリン注入器は、対象患者すべてのペン型インスリン注入器をペン立て様容器にまとめて入れて管理していた。</li> <li>・ペン型インスリン注入器のキャップに、患者氏名、薬剤名、用法・用量を書いたシールを貼り、区別していた。</li> <li>・自己注射等の患者は、時間になると長椅子とテーブルのある処置室に集まり、患者はペン立て様容器に入っているペン型インスリン注入器のキャップに貼られたシールを見て取り出し、看護師がそれを指示書と確認した後、患者が自己注射していた。</li> <li>・長椅子には、多いときには3～4人並ぶこともあった。テーブル上には境がなく、外したキャップが同時にテーブル上に何本も置かれることがあり、この時に誤って他人のキャップを取り、気付かずに付け替えてペン立て様容器に戻ってしまった可能性が考えられた。</li> <li>・今回、看護師Aは、指示内容とインスリン本体の薬剤名の違いに気付いているが、看護師Bに確認した際、「これで大丈夫？」とペン型インスリン注入器だけを見せた。また、看護師Bはペン型インスリン注入器を見て「（キャップに）名前があるから大丈夫」と答えた。</li> <li>・ペン型インスリン注入器は持参薬として患者が持ち込むことも多く、院内採用以外のペン型インスリン注入器が使用されている場合もあった。</li> </ul>

Ⅲ

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 2 【3】
- 2 【4】
- 2 【5】
- 2 【6】
- 2 【7】
- 2 【8】
- 2 【9】
- 2 【10】
- 2 【11】
- 2 【12】
- 3 【1】
- 3 【2】
- 3 【3】
- 3 【4】
- 3 【5】
- 3 【6】
- 3 【7】
- 3 【8】
- 3 【9】
- 3 【10】
- 3 【11】

【改善策】	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・インスリン投与前には、インスリンの注射指示書と用意されている薬剤・単位数の確認を看護師2名でダブルチェックする。(声だし・指さし確認を実施する)</li> <li>・キャップに氏名等のシールを貼ることを中止して“インスリン本体”に氏名のみを記載するように変更。投与単位数はシールに記載せずに指示書で必ず確認する運用に変更。</li> <li>・注射指示書と用意されている薬剤が同一でない場合は、投与前に担当医師に再確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の氏名等を記載したシールは、キャップでは無く、ペン型インスリンの本体の方に貼ることにした。</li> <li>・院内共通で、専用の引き出し型書類ケースを新たに準備し、患者のペン型インスリン注入器は、一つのトレイ(引き出し)に一人の患者のインスリンとインスリン伝票を入れることにした。注射を実施する際は、トレイのままテーブルに出すことにした。</li> <li>・事例発生後、インスリンに関して4回の勉強会を行い、50～70名/回の参加があった。</li> <li>・現在販売されているインスリン製剤の一覧を写真入りで作成し、各病棟に配布した。</li> </ul>

訪問での主な意見等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人はおかしいと思った不安感を打ち消す確認をしがちだが、おかしいと思うことが重要。その不安に思ったことを言葉にし、今回であれば「キャップと本体が違うが」と伝えることができれば、確認された看護師も安易にキャップだけの確認はしなかったのではないかと。</li> <li>・他人のペン型インスリン注入器を使用した場合、インスリンカートリッジ内に逆血した血液が混入している場合があり、血液感染の恐れがあるため、本人以外の使用が行われない仕組みを作る必要がある。</li> <li>・ペン型インスリン注入器は患者が自己注射し、一人で複数のペン型インスリン注入器を使用する場合もある。そのため、氏名や用法用量を書く場所やシールをあらかじめ設けるとか、種類の違うペン型インスリン注入器のキャップは装着できなくするなど、更なる製品の安全への工夫も必要であろう。</li> <li>・現場で何か工夫しないと使用が難しい製品については、メーカーに改善してもらうことも一つの方法である。そのためには、事例を報告していただくことも改善のきっかけの一つになる。</li> <li>・今回の事例は、医薬品とその情報が分かれたことが原因の一つであり、医薬品と医薬品情報や患者情報が常に紐づいて、離れることが無いようなシステムを構築する必要があるのではないかと。</li> </ul>

- 1【1】
- 1【2】
- 1【3】
- 1【4】
- 1【5】
- 1【6】**
- 2【1】
- 2【2】
- 2【3】
- 2【4】
- 2【5】
- 2【6】
- 2【7】
- 2【8】
- 2【9】
- 2【10】
- 2【11】
- 2【12】
- 3【1】
- 3【2】
- 3【3】
- 3【4】
- 3【5】
- 3【6】
- 3【7】
- 3【8】
- 3【9】
- 3【10】
- 3【11】