



## 医療安全通信 第12号

## 【薬局部医療安全委員会】

医療安全推進のため、Pharma Bridgeを通じて、医療安全上の周知すべき情報やタイムリーな話題を随時発信いたします。業務手順書の書換えや日常業務にお役立てください。

## インスリン製剤のデバイスについて

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の「共有すべき事例」2015年9月分には『インスリン製剤の取り違え』についての事例が掲載されています。

[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing\\_case\\_2015\\_09.pdf](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing_case_2015_09.pdf)

## ◆ 事例の内容

ノボラピッド注フレックスタッチを調剤するところ、ノボラピッド注フレックスペンを調剤した。

## ◆ 背景・要因

名称が類似していた。

## ◆ 薬局が考えた改善策

発売前からこの間違いは懸念していたが、メーカーにフレックスペンの発売を中止してすべてフレックスタッチへの切り替えを希望する。

## ◆ 事例のポイント

○異なるデバイスの注射薬を調剤した事例である。

○本事例の場合はインスリンの種類が同じであり、患者が正しく使用できれば健康被害はないと思われるが、デバイスの違いにより正しく使用できない場合は重大な健康被害につながる可能性がある。

○インスリンには作用時間の違いで多くの種類があるが、デバイスが異なるものも含めると、限りある保冷庫の中がインスリンでいっぱいになり、取違えにつながることも考えられる。

○薬局では採用薬の選択はできないため、それぞれの医療機関からそれぞれ異なるデバイスの処方せんを受け付けることになる。取違え防止のためには、保冷庫内での配置方法や注意喚起文の貼りつけ等の工夫が必要である。

【原文のまま抜粋】

インスリン製剤は、各社からいろいろなタイプが販売されており、デバイスの違いでは、インスリン薬液と注入器が一体化した「プレフィルド製剤」、カートリッジと専用ペン型注入器の組み合わせが決まっている「カートリッジ製剤」、専用のシリンジが必要な「バイアル製剤」があります。

デバイス違いの製剤や、デバイスが同じ作用時間の異なる製剤を調剤したり、また、カートリッジ製剤とペン型注入器を間違った組み合わせで使用したことにより、低血糖や高血糖等の副作用が生じた事例が多数報告されています。

調剤する際には、注入器の色などで判別せず、必ず製剤に記載された薬剤名を確認し、また、患者にも薬剤名の確認をしてから注射をするように指導しましょう。

各製剤の写真がメーカーと作用時間で分類されている『インスリン製剤の見本の一覧表』が、一般社団法人日本糖尿病学会のホームページからダウンロードできます。

また、糖尿病リソースガイドに掲載されている『インスリン製剤・インクレチン関連薬・SGLT2阻害薬早見表』は、作用時間等の製剤に関するデータやデバイスの識別色が一覧になっています。

プリントアウトし、保冷庫や鑑査台、投薬口等に掲示するなどして、取り違え防止に利用してください。

一般社団法人日本糖尿病学会

## 『インスリン製剤の見本の一覧表』

<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=25>

糖尿病リソースガイド

## 『インスリン製剤・インクレチン関連薬・SGLT2阻害薬早見表』

[http://dm-rg.net/1/img/table\\_insulin/insulinchart.pdf](http://dm-rg.net/1/img/table_insulin/insulinchart.pdf)



医療安全通信のバックナンバーを、旭川薬剤師会ホームページ会員専用の薬局部のページでご覧いただけます。掲載資料や参考資料もダウンロードできますので、自薬局向けに改訂してご利用ください。