

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

pmda No.37 2013年 4月

インスリン注入器の取扱い時の注意について

POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例1) 一度に複数の患者のインスリン注入器を準備していたところ、誤って他の患者のキャップを取り付けてしまい、取り違えが発生した。

1 インスリン注入器の取り違え事例

- インスリン注入器の準備(カートリッジのセットを含む)は、患者毎に確認しながら行うこと。



複数の患者のインスリン注入器の準備は、**取り違えのリスク**があります！トレイなどを用いて、**患者さん毎**に取り扱きましょう。

取り違えの要因

OO OO子様の
インスリンカートリッジ

XX XX子様の
インスリンカートリッジ

キャップの付け
間違いが発生!

患者識別シールは、キャップではなく、本体に貼る方が、誤投与を防ぐことができますよ!

(事例2) 速効型を1日3回、持続型を寝る前に1回投与していた患者が、持続型のインスリンカートリッジをセットするところ、誤って速効型をセットし寝る前に投与してしまい、低血糖昏睡を起こした。

2 インスリンのカートリッジの取り違え事例

| 朝食直前 | 昼食直前 | 夕食直前 | 寝る前 |
|----------|----------|----------|------------|
| | | | |
| 速効型インスリン | 速効型インスリン | 速効型インスリン | (持続型インスリン) |

寝る前は、「銀」のペン。

食事の前は、「青」のペン。

誤って速効型のインスリンをセットしてしまった!

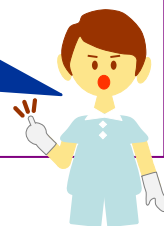
速効型インスリンカートリッジ

インスリン注入器使用時の注意点



病棟や在宅で、インスリン注入器を数本使用する際、注入器の色によって区別していると、カートリッジを入れ間違えてしまった場合、誤投与のリスクがあります。

必ず、投与前にカートリッジの薬剤名を確認しましょう！



サノフィ(株)



アピドラ注 カート



ランタス注 カート

ノボルディスクファーマ(株)



ノボラピッド注 ペンフィル



レベミル注 ペンフィル

イーライリリー(株)



ヒューマログ注 カート



ヒューマログ ミックス50注 カート

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。