

事例から学ぶ

糖尿病治療剤の注射薬に関する事例 ＜調剤に関するヒヤリ・ハット事例＞

【薬剤取り違い/規格・剤形間違い】

■事例の詳細

定期処方でヒューマログ注ミリオペンが処方されたが、調製者は誤ってヒューマログミックス50注ミリオペンを取り揃えた。鑑査者が取り違いに気づき、調製し直した。

■推定される要因

忙しい時間帯であったため調製者に焦りがあり、名称や色が類似しているヒューマログ注ミリオペンとヒューマログミックス50注ミリオペンを取り違えた。

■薬局での取り組み

名称や色が類似している薬剤を把握しておく。調製者は、取り揃えた薬剤と処方箋を照合した後に鑑査に回す。

■その他の情報

販売名	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス50注ミリオペン
画像		

※日本イーライリリー株式会社 医療関係者向けサイトより（参照2022年12月13日）

➡この他にも事例が報告されています。

【薬剤取り違い/規格・剤形間違い】

- ◆ 患者Xにノボラピッド注フレックスタッチが5本処方されたが、5本のうち3本はノボラピッド注フレックスペンを調製し交付した。通常5人体制のところ3人で業務を行っていたことや薬局が混んでいたことから、調製した内服薬のみ鑑査を行い注射薬の鑑査を行わなかった。翌日、患者Yにノボラピッド注フレックスペンを取り揃える際に在庫数が足りなかったため、患者Xの薬剤取り違いに気付いた。

【交付忘れ】

- ◆ 患者の薬剤を鑑査していた時に家族が薬剤を取りに来局した。薬剤師は焦り、調製された注射薬が保冷庫に保管されていることに気付かず、注射薬以外の薬剤のみを確認して交付した。薬剤を交付した後、事務員が保冷庫を開けた際に、患者に調製したゾルトファイ配合注フレックスタッチが残っていることに気付いた。

【説明・確認不足】

- ◆ ビクトーザ皮下注18mgからオゼンピック皮下注2mgへ薬剤が変更になり、毎日の使用から週1回の使用になった。使用方法の変更を薬袋に記載し、口頭でも説明したが、患者は理解しておらずオゼンピック皮下注2mgを毎日注射した。

【説明・確認不足】

- ◆ 継続してランタス注ソロスターが処方されている患者に注射手技を確認すると、注射針を装着せずに空打ちをしていることが分かった。空打ち手技について薬剤師の説明・確認が不足していた。

ポイント

- インスリン製剤はブランド名が同じでも、作用時間が異なる製剤やそれらの混合製剤、1mL当たりの単位数が異なる製剤がある。そのうえ、同一名称の薬剤に複数のデバイスがある製剤もあり、薬剤取違えが起きやすいことを認識して調製および鑑査を行う必要がある。また、薬剤取り違えを防止するためには、配置場所の整理や適切な手順書の作成・遵守の徹底、調剤監査支援システムの導入などを検討することが望ましい。
- 取り揃えた注射薬を保冷庫で一時保管する際は、患者ごとにひとまとめにして患者名を明記する、保冷庫に薬剤が保管されていることが分かるメモや札を処方箋に添付するなど、薬局内で手順を決め遵守することが重要である。
- 交付忘れを防ぐため、薬剤を交付する前に処方箋と薬剤を照合し、薬剤が全て揃っているか確認する必要がある。
- 注射薬の単位数や用法が変更になった際は、患者が理解できるように説明を行うことが重要であり、口頭での説明に加え、お薬手帳や薬剤情報提供書などを活用することも有用である。
- デバイスや注射針の取り扱いや注射の手技については、通常、医療機関で患者に指導が行われているが、薬局では、患者が説明された内容を正しく理解しているか確認することが重要である。空打ちの必要性も含め注射の手技に関する理解が不十分である場合は、患者指導書やデモ器を活用し、患者の理解を促すよう工夫して説明する必要がある。
- 注射薬を交付した後は適宜フォローアップを行い、患者が適切にデバイスを取り扱い、指示された単位数を注射できているか確認し、支援することが重要である。

