

表B インスリン製剤が関係したインシデント、アクシデント事例

関係者	内容	事例の結果	最悪のシナリオ
看護師・准看	ノボリンR<速効型インスリン>を患者に渡すべきところ、ノボリン50R<混合型インスリン>を患者に渡ししまい、2日間使用。	不明。	血糖コントロール不良から糖尿病が悪化。
看護師・准看	ヒューマカート<インスリン>を別の患者に誤って投与。	血糖降下剤の服用を中止し、点滴のグルコース濃度を変更して対処。	低血糖から昏睡。
看護師・准看	他の患者のスライディングスケールを用いてインスリンを投与してしまった。	たまたまインスリンの種類とスライディングスケールが同じだったので無事だった。	低血糖により昏睡。
看護師・准看	注射剤の準備に際し、インスリンを添加するのを忘れた。	定期血糖測定時に血糖値が高かったことからミスが判明。	糖尿病性昏睡から死亡。
看護師・准看	ノボリンR<速効型インスリン>を投与すべきところ、ノボリン30R<混合型インスリン>を投与。	不明。	血糖コントロール不良から糖尿病が悪化。
看護師・准看	看護師が、スライディングスケールによりインスリンを5単位増量すべきところを誤って50単位増量。	不明。	低血糖により患者は死亡。
医師・歯科医師	手術後の回復室でヒューマリンR<速効型インスリン>を口頭で誤って10倍量指示。指示を受けた他の医師も気づかず投与。	40分後にミスに気づき患者のバイタルを確認したが低血糖症状はなく無事だった。	低血糖により患者は死亡。
看護師・准看	スライディングスケールから定量投与にインスリンの投与が変更となったが、従前のスケールで投与してしまった。	結果指示量より多いインスリンが投与されることになったが、転帰は不明。	低血糖により患者は死亡。
看護師・准看	ヒューマリンN<中間型インスリン>の皮下注指示に対して誤って他の患者のヒューマリンR<速効型インスリン>を投与。	不明。	低血糖により昏睡。
看護師・准看	検査後朝食の患者に対して、看護師が誤って通常の朝食前の時間にインスリンを誤投与。	不明。	低血糖により一時意識不明に。
看護師・准看	インスリンの投与にあたり、旧来の40単位製剤用の注射筒(現在使用されていない)を誤用し、2.5倍量投与。	急ぎ血糖値を測定したが低血糖なし。	低血糖により患者は死亡。
看護師・准看	イノレット30R<混合型インスリン>の夜の投与量を、朝の単位と誤って投与。	夕食をすぐに食べてもらい、低血糖症状の有無をモニターしたが特に低血糖は生じず。	低血糖症状により患者が昏睡。
看護師・准看	イノレットN<中間型インスリン>の指示に対して誤ってイノレット30R<同>を施用。	不明。	低血糖症状により患者がふらつきを起こし、転倒して骨折。
薬剤師	イノレット30R<混合型インスリン>を調剤すべきところ、誤ってイノレットR<同>を調剤。	不明。	低血糖症状から昏睡に。
医師・歯科医師	ノボラピッド30ミックス注<混合型インスリン>を投与すべきところ誤ってノボリン20R<混合型インスリン>をオーダー。	不明。	血糖コントロールが悪化。
複合	急性腸炎の入院患者。持続点滴、絶食となったが、担当医の代理医に絶食の旨を伝達せず、インスリン投与が指示された。	指示どおり投与され、低血糖(60mg/dl)を発症。50%ブドウ糖により回復。	低血糖から昏睡に至り死亡。
看護師・准看	糖尿病患者のIVHにインスリンを添加するのを忘れてしまった。	数時間後に看護師が気づき、急遽インスリンを混注。	血糖コントロールが悪化し、眼症状が増悪。
看護師・准看	術後食事再開後からインスリン投与の指示に対して、誤って食事再開前に「術後」のスケールで投与してしまった。	経過観察。低血糖症状の有無を確認(結果は不詳)。	低血糖から昏睡に至り死亡。
看護師・准看	朝食前に血糖値を測定し、インスリンを投与すべき結果だったにもかかわらず投与を忘れた。	1時間半後に気づき医師に連絡。	血糖コントロールが悪化。
看護師・准看	インスリンを投与したが、他の看護師が未投与と思いきり再度投与。血糖値が82mg/dlまで低下。	補食により低血糖症状は改善。	低血糖から昏睡に至り死亡。
看護師・准看	ペンフィルR<速効型インスリン>を投与すべきところ誤ってヒューマリンR注U-100<同>を投与。	不明。	血糖コントロールが悪化。
看護師・准看	ノボラピッド注300<超速効型インスリン>の指示に、誤ってペンフィル30R注300<混合型インスリン>を準備。	不明。	血糖コントロールが悪化。
看護師・准看	ヒューマログ<超速効型インスリン>用のカートリッジに他のインスリン製剤を誤ってセットしてしまった。	5日間にわたりそのまま使用。血糖値等の異常は認めず。	機器の動作不良からインスリンが大量に注入され低血糖から昏睡。
看護師・准看	速効型から混合型へのインスリン製剤の切り替えについて、看護師が混合型製剤を交付するのを忘れ、患者が混合型の量で速効型を注射。	2日後に担当医が気づいた。	血糖値が不安定になり、低血糖昏睡に。

関係者	内容	実例の結果	最悪のシナリオ
複合	手術中止に伴い食止め解除となった患者に、食止め中止の指示が行き届いていなかった看護師と医師がインスリンを過少投与。	別の看護師が手術中止と食止め解除に気づき、不足分のインスリンを追加投与。	高血糖を生じ、さらに手術が延期。
看護師・准看	高カロリー輸液に添加するインスリン量を間違え10倍混注。	患者が頻回に低血糖を起こし、添加ミスに気づいた。	脳に器質的、不可逆的障害。
看護師・准看	翌日（食上げ日）から使用する新しいスライディングスケールを誤って用いてインスリンを投与。	インスリンの増量幅が少なかったため、低血糖等にはならなかった。	低血糖症状により昏睡。
複合	視力障害のある患者で、インスリン自己注射の手技が不十分で全量を押し切らずに針を抜いていたため過少投与。	たまたま観察していた看護師により問題点が発覚。	血糖コントロール不良から糖尿病が悪化。
看護師・准看	混合型インスリンのカートリッジに誤って速効型インスリンの製剤をセットして患者に手渡ししてしまった。	低血糖症状（血糖値46mg/dl）を生じ、ブドウ糖を摂取してもらった。	低血糖発作により意識障害に。
患者	認知症患者で、インスリンを注射後食事をすることを忘れて、低血糖発作。	遅れて食事を開始したが、食事中に冷や汗をかいているところを家族が発見。病院へ。	低血糖発作で死亡。
複合	患者がインスリンの注射器に針を取り付ける際に針を曲げてしまい、インスリンが注射できなくなった。	インスリンが出ないと患者からの訴えがあり、持参して針が折れていることが発覚。	インスリンが投与できず、高血糖から糖尿病性ケトアシドーシスを発症。
看護師・准看	ノボリンR<速効型インスリン>を冷蔵庫から取り出すべきところ、誤ってノボリン30R<混合型インスリン>を取り出した。	ダブルチェックの際に他の看護師の指摘で誤りに気づいた。	血糖コントロール不良、低血糖の遷延。
患者	夕食時に混合型インスリンを注射すべき患者が、誤って朝・昼用の速効型インスリンを誤注射したが、医師などに連絡しなかった。	たまたま当日は血糖が高く低血糖症状には至らなかった。	低血糖症状により患者が昏睡。
複合	入院患者が隠れ食いをしていたが気づかずインスリンを増量。術後、間食をやめたため同量のインスリンで低血糖発作(31mg/dl)。	術前の隠れ食いに気づいたため、以後はインスリンを漸次減量しコントロール。	高血糖、低血糖を繰り返し、眼底出血。
複合	インスリン治療中の入院患者が無断外出し飲酒。翌朝飲酒に気づかずインスリンを投与し、低血糖（32mg/dl）に。	ブドウ糖を注射し回復。	泥酔し帰院途中で倒れそのまま死亡。
複合	外来検査日、朝食なしの指示に、朝食を摂取していないにも関わらずインスリンを自己注射してしまった。	受付を済ませロビーで低血糖を起こし倒れ込んでいるところを発見された。	低血糖から意識障害に至り死亡。
複合	外来患者に、血糖測定後に看護師がインスリンを投与したが、そのことを知らずに医師が再度インスリンの投与を指示。	すぐに患者に再来院してもらい、血糖値を測定したが低血糖には至らなかった。	低血糖症状により昏睡。
医師・歯科医師	外来診療における処方せん発行時に、誤って別の患者の処方せんを交付。たまたまインスリンの処方だったが、インスリンの型が異なっていた。	院外薬局で、氏名や薬歴の不一致が発見され疑義照会を受け、誤りに気づいた。	血糖コントロール不良から糖尿病が悪化。
医師・歯科医師	外来処置時、速効型インスリンと誤って混合型インスリンのゴム印を指示書に押印。看護師もそのまま準備。	ダブルチェックの看護師により誤りが発見され事なきを得た。	血糖降下作用の発現が遅れ、高血糖症状が悪化。
複合	一人暮らしの老人が、自宅でのインスリン治療を勝手にやめてしまった。	高血糖（792mg/dl）によりぐったりして失禁、救急車で入院。多発性脳梗塞を併発。	高血糖性昏睡により死亡。

【出典】

東京都医療安全管理体制支援事業緊急事例報告（<http://www.tmsia.org/>）。

日本医療機能評価機構ヒヤリハット事例情報データベース（<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>）。

ナーシング 2003；23（11）。

医薬品医療機器総合機構事例集（<http://www.info.pmda.go.jp/info/idx-iryouanzen.html>）。

貴田岡正史監修：ヒヤリハット事例に学ぶ糖尿病看護のリスクマネジメント、NPO法人西東京臨床糖尿病研究会編、医学書院、東京、2004