医療事故情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

No.193　2022年12月

薬剤の投与経路間違い（第2報）

医療安全情報No.101「薬剤の投与経路間違い」（2015年4月）で、添付文書上に記載された用法とは違う経路で薬剤を投与した事例を取り上げました。その後、類似の事例が15件報告されていますので、再度情報提供します。（集計期間:2015年3月1日～2022年10月31日）。この情報は、第62回報告書「事例紹介」で取り上げた内容をもとに作成しました。

用法の指示があったにもかかわらず、薬剤の投与経路を間違えた事例が再び報告されています。

薬剤名	添付文書上の用法	実施した投与方法	主な背景
メプチン吸入液0.01%	ネブライザーを用いて吸入	静脈注射	・腸瘻チューブの抜去により、全ての内服薬を注射薬に変更する指示が出ていた ・看護師は吸入を実施した経験がなく、吸入の指示が出た際、他の薬剤と同様に静脈注射すると思い込んだ
インクレミンシロップ5%	経口投与	静脈注射	・当該病棟では、水薬を静脈注射用の注射器で計量することが日常的に行われていた ・水薬を患者に渡す際は、薬杯に入れることになっていたが、看護師Aは注射器のまま看護師Bに渡して投与を依頼した ・看護師Bは、注射器に準備された薬液は、静脈注射すると認識した
オキシドールの希釈液	耳鼻咽喉：塗布、滴下、希釈して洗浄、噴霧、含嗽	点眼	・入院時に患者が持参した点耳薬の継続指示が出ていた ・看護師は容器を見て点眼すると思い込んだ

◆その他に、皮下注射する薬剤を筋肉内注射した事例や、静脈内に投与する薬剤を皮下注射した事例が報告されています。

医療事故情報収集等事業
医療事故情報収集等事業 医療安全情報
No.193　2022年12月

薬剤の投与経路間違い（第2報）

事例 1

患者が腸瘻チューブを自己抜去したため、全ての内服薬を注射薬に変更する指示が出ていた。担当看護師A（2年目）は吸入を実施した経験がなく、メプチン吸入液0.01%の吸入の指示が出た際、他の薬剤と同様に静脈注射すると思い込んだ。看護師Aは、メプチン吸入液0.3mLを注射器に準備した。看護師Bと指示画面を見て投与量は確認したが、投与経路の確認はしなかった。普段から吸入薬は注射器に準備していたため、看護師Bは、看護師Aが静脈から投与するつもりでいることに気付かなかった。その後、看護師Aはメプチン吸入液を静脈注射した。

事例 2

当該病棟では、水薬を準備する際、注射器で計量し、薬杯に入れて患者に渡していた。看護師Aは指示画面を確認し、インクレミンシロップ5%を注射器で5mL計量した。看護師Aは、注射器のまま他の錠剤と一緒に看護師Bに渡し、投与を依頼した。看護師Bは指示画面を確認せず、注射器に入った薬液は静脈注射すると認識した。患者が錠剤を内服後、看護師Bは注射器に入ったインクレミンシロップを静脈注射した。その直後、患者に嘔気・嘔吐がみられ、モニタ上頻脈となった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- **薬剤を準備する前や投与する前に、指示に記載された投与経路を確認する。**
- **液体の内服薬や吸入薬は、静脈ラインに接続できないスポイトや薬杯、カテーテルチップ型シリンジなどに準備する。**

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。
本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。https://www.med-safe.jp/
※この情報の作成にあたり、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す目的で作成されたものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区神田三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
https://www.med-safe.jp/