

レブラミド及びポマリストの誤投与事例の一覧

2022年12月更新

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2011年12月	50代、男性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	入院病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・本剤を服用中の入院患者と同室の別の50代男性患者に、病棟看護師から本剤が手渡され、誤投与 ・看護師は、患者氏名を確認しなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時、本人確認がされなかった 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者もレブメイトキットを使用して管理する
2012年9月	70代、女性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	一般病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・外来にて本剤服用中の70代女性患者が、合併症の手術のため、同じ病院の一般病棟に入院 ・血液内科主治医が手術予定日の6日前に、本剤3日分を院内処方し、残薬を持参しており、服用すべきか処方医師に確認 ・医師の指示を受けた病棟看護師は、患者氏名を確認せず別の同じ名前の70代女性患者に薬剤を渡したため、誤投与に至る 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時、本人確認が十分にされなかった(同じ名前の患者) 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・院内与薬、配薬マニュアルの徹底を行う ・配薬時は薬袋に入れてベッドサイドまで持参して、本人確認・服薬確認を行う手順にした
2012年9月	60代、女性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	呼吸器病棟 (同じフロアに血液病棟あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来にて本剤服用中の60代女性患者が血液内科病棟に入院し、病棟ナースステーションにて本剤を保管 ・入院当日、病棟看護師が血液内科と同じフロアにある他科の病室の別の60代女性患者に、氏名を確認せずに薬剤を渡したため、誤投与に至る 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時、本人確認がされなかった 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の薬剤管理を徹底する ・院内リスクマネジメント委員会及び安全対策委員会で検討され、患者の取り違いが無いよう再徹底した ・与薬実施者のサイン欄を加える
2016年7月	60代 男性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟内の別の患者に誤ってレブラミドを配薬し、誤投与 ・誤投与された患者の薬袋には、患者名を記載しなかった ・患者名を記載しなかった方にレブラミドが入っており、これを異なる患者に誤投与 ・巡回に来た看護師がベッドサイドに落ちているレブラミドを発見し、誤投与が発覚 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の薬袋に患者名を記載しなかった ・レナリドミド製剤の配薬の手順はあったが、遵守しなかった ・配薬のみを担当する看護師に、患者の服薬情報が共有されていなかった 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・レナリドミド製剤を配薬する際は、同時に他の患者の配薬をしない ・配薬時に本人確認する ・病棟看護師に対し、RevMateに関する教育を行う

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2016年10月	60代 男性 (本人)	外科と消化器科等混合病棟 (外来から入院へ)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に処方医がポマリストからレブラミドへの処方変更を指示 ・看護師が『「リリカ」の処方変更のみ』との処方医コメントを元に、患者家族に持参薬のポマリストを返却 ・看護師がレブラミドを患者に服用させた後、家族が翌日分としてポマリストを配薬し、翌日ポマリストを服用 ・持参薬の確認を行った薬剤師が発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の電子カルテの記載が不明確 ・看護師に対する薬剤の教育不足 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・施用実施記録を作成 ・調剤から服薬、残薬数まで看護師と薬剤師の2名で管理
2016年10月	70代 男性 (本人)	外科と消化器科等混合病棟 (外来から入院へ)	<ul style="list-style-type: none"> ・副作用発現のため、レブラミドを減量 ・処方変更初日、看護師の誤指導により変更前の用量を投薬 ・薬剤師が残薬確認の際に発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方変更の確認不足 	嘔吐 (非重篤)	嘔吐に対する対症療法	<ul style="list-style-type: none"> ・施用実施記録を作成 ・調剤から服薬、残薬数まで看護師と薬剤師の2名で管理
2016年12月	60代 女性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・レブラミドの投与予定の患者と相部屋の患者に誤投与 ・投与後、別の看護師が服薬チェックを行った際に発覚 	<ul style="list-style-type: none"> ・両患者とも入院したばかりであり、顔と名前が一致していない状況であった ・患者・薬剤の確認を怠った ・レブラミドをキットから出して、配薬を行った 	胃の違和感	胃洗浄を行い、活性炭を入れ、下剤を投与	<ul style="list-style-type: none"> ・師長ミーティングで情報共有 ・患者・薬剤の確認を徹底 ・レブラミド、ポマリスト服用患者には薬剤師主導の服薬とし、薬剤師と看護師でのダブルチェックを行う
2017年2月	80代 男性 (多発性骨髄腫)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は配薬のために、患者の病室を訪問したが、同室の別の多発性骨髄腫患者に誤ってレブラミドを渡してしまった ・服薬を確認し、空シートを保管する際に服薬した患者の名前と保管場所の名前が異なることに気がついた 	<ul style="list-style-type: none"> ・両患者とも多発性骨髄腫の患者であり、ベッドが同室であったことから混同した ・患者確認を怠った 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・レブラミド取り扱い注意事項の周知徹底 ・患者確認の徹底 ・配薬は看護師2名でダブルチェックを行う

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2017年6月	70代 女性 (多発性骨髄腫)	医療療養病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・担当看護師が患者 A(70代・男性)、B(70代・女性)の配薬カップを配薬カートに並べ与薬の準備を行う ・担当看護師は与薬時、患者 A の配薬カップには名前の記載された薬包とポマリストを入れた。しかし、薬包は取り出されたため、患者氏名不明のポマリストが配薬カップに残った ・与薬の際、担当看護師は名前不明の配薬カップは次の与薬の対象者である患者 B の薬と思い込み、患者 B にポマリスト 2mg を与薬した ・翌日、患者 B が担当した看護師に、昨日朝食後に飲んだ黒と黄色の薬はないのかと尋ねたことから、誤投与が判明した 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カップのポマリストに患者名がなかった ・与薬時にはダブルチェックを行うことになっていたが実施されなかった 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・RevMate の遵守を看護師等に再度周知、徹底する ・患者氏名と薬剤名を記載の上、チャック付ビニール袋に入れて配薬カップにセットする ・服用時間を、看護師の人員体制の多い「昼」に統一する ・薬剤師が薬剤管理について再度学習会を実施する
2017年9月	70代 女性 (その他の疾患)	内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は配薬の時間帯にナースコールの対応を行い、患者 A の夕食時の配薬が遅れたことに気づく ・看護師は、患者 A(70代・女性)と同室の患者 B を取り違え、患者氏名を確認せずにレブラミドを与薬した ・患者 B に 2 カプセルを与薬したところで、「下痢になる？」との訴えに違和感を覚え、患者氏名を確認し、誤投与に気がついた 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時、本人確認がされなかった ・看護師は、部署移動のため RevMate の研修対象から漏れていた 	間質性肺炎悪化の疑い (レブラミドによる因果関係は不明)	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬時、院内の手順通りに患者確認を実施する ・看護師に勉強会を実施する ・院内の RevMate の周知を徹底する
2018年7月	70代 女性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・担当看護師が、病棟ナースステーション内管理薬保管場所(鍵付引き出し)から取り出し、患者のベッドサイドにポマリスト 2mg を持参した ・与薬時、ベッドネームと処方箋内容、残数を確認したが、患者名の確認は姓のみであったため、本来服用させるはずの 75 歳女性患者 A ではなく、同姓の 77 歳女性患者 B にポマリストを与薬した ・患者 B より主治医へ、「飲んだことのない薬を飲んだ」と報告があり誤投与が発覚した 	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬時、手順通りに本人確認がされなかった ・患者同士が同姓、名前が一字違い、年齢体型ともに類似していたため、混同した 	健康被害なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクカンファレンスを開催し、情報共有した ・院内で決められた患者確認を行う ・病棟看護師に対し、RevMate に関する勉強会を行う

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2018年7月	70代 男性 (血液がん以 外の悪性腫 瘍)	循環器病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> レブラミドは他の薬剤と区別して麻薬同様の金庫管理(施用票に記入)をしていた 金庫からレブラミドを取り出す際、2名の看護師でダブルチェックを実施し、専用ケースに入れ、患者氏名のシールを貼る手順があるが、事例発生時はこれを守らなかった 具体的には、7日分の最後の1日分だったため、患者氏名のシールを専用ケースに貼らず、看護師が1回分(5mg1カプセル)を手で持ってベッドサイドに持参した 本来服用させる予定の患者を80代男性患者Aではなく、同室の別の70代男性患者Bだと思い込み、本人確認も患者Bの名前で行った後レブラミドを与薬した その後、患者Aから「まだレブラミドを飲んでいない」と指摘され誤投与が発覚した 	<ul style="list-style-type: none"> 専用ケースに薬剤を入れる際に患者氏名のシールを貼るという手順を守らなかった 服用させる患者を別の患者と思いこんで与薬した 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> 看護師向けの定期勉強会を実施する(メーカー、薬局から) 抗がん剤治療を行わない病棟、看護師に対する教育をする 患者氏名を記入したチャック付ビニールシートに、その都度1回服用量を用意し、直ちに与薬を行う
2018年9月	80代 男性 (多発性 骨髄腫)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> 2名の看護師でダブルチェックにより患者の名前の記載がある内服カセットに薬剤を準備する手順となっていた 内服カセットにレブラミドを準備する際に、看護師Aは処方箋の内容を正しく読み上げるも、看護師Bは本来服用させる予定の患者を60代男性患者Cではなく、同室の別の80代男性患者Dだと思い込み、患者Dの内服カセットにレブラミドを準備した 看護師Bは患者Dに手順通り患者確認を行い与薬した 患者Cから薬剤を飲んでいない旨の連絡があり、誤投与が判明 	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時思い込みによる患者確認不足 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> 誤投与発生の翌朝、病棟内でインシデントを共有済
2018年10月	60代 男性 (多発性 骨髄腫)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> レブラミド・ポマリストは電子カルテと薬剤を二者で照合し、レブメイトキットをベッドサイドまで持参して、レブメイトカードと共に本人確認をして投薬する手順となっている 電子カルテとレブラミドを二者で照合し、患者Aの配薬ボックスに他の薬剤と一緒に入れた。配薬中に患者Aの配薬ボックスが倒れ、薬を配薬ボックスへ戻す際レブラミドを誤って横にあった患者Bの配薬ボックスに入れてしまった 患者Bの薬剤は予め電子カルテで確認してあったため、本人確認をして配薬ボックスから薬を取り出し看護師介助で投薬した 患者Aのレブメイトキットはベッドサイドまで持参しておらず、レブラミド与薬時レブメイトカードで確認をしなかった 患者Bが服薬後「初めて飲む薬があったな」と話したため、電子カルテで空の薬包をすべて確認すると、患者Aのレブラミドを内服させたことが発覚した 	<ul style="list-style-type: none"> レブメイトキットをベッドサイドまで持参して、レブメイトカードと共に本人確認をして投薬する手順を遵守しなかったため 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポートを全病棟内で共有する

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2019年7月	70代 女性 (血液がん)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・前日の日勤での配薬時のダブルチェックと深夜勤の始めに再度配薬カートのダブルチェックをする手順は守られていた。(レブラミド・ポマリストは曝露防止の為に小袋に入れて、薬剤名と空シート回収の札を付ける) ・朝食後の配薬時、患者A(本来服用予定の患者)の配薬カートの引き出しから配薬カップ(患者氏名なし)を取り出し、患者Bのベッドサイドに持っていき、患者氏名を確認せずに与薬。誤投与に至る。 ・患者Aと患者Bは姓名、年齢及び体格が共に類似していた。誤投与発生時は別室であったが、配薬カートの棚は上下の並びであった。 ・与薬を行った病棟看護師自身が、患者Aの配薬カート引き出しにレブラミドがない事で誤投与に気づいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カートの引き出しの患者氏名を確認せず、思い込みで与薬を行ったため。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・危険予知トレーニングを病棟で行い、情報の共有を行った ・与薬時の患者氏名確認の徹底(患者に氏名を言ってもらう等) ・看護師向けの定期勉強会を実施する(メーカーから)
2019年11月	50代 男性 (血液がん以外の悪性腫瘍)	外科病棟(入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・朝8時に患者Aの定期的薬剤投与があったため麻薬金庫からリーダーと看護師Aがダブルチェックで薬剤を取り出しユニパック(ジッパー付きビニール袋)に入れ準備した。 ・同時刻に患者Bのレブラミドを毒薬金庫から同じリーダーと看護師Aがダブルチェックで取り出しユニパックに入れ準備した。 ・いずれのユニパックにも名前は記載しなかった。 ・本来はひとり1トレイを使用し配薬準備を行うが、看護師Aはトレイを使用せず、ユニパックの状態患者Aの元に運び、両剤を同じ患者に投与するものと思い込み、直前の電子カルテで指示の確認をせず、患者の名前を確認して定期の薬剤とレブラミドを内服させた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニパックに名前記載をしていなかった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与の6Rの遵守 ・1患者1トレイを使用 ・袋に名前が未記入の場合は記入する ・指示は電子カルテで確認する ・医療安全管理研修(2020年1月予定)にて、勉強会を実施し周知を図る
2020年11月	80代 男性 (後天性血友病A)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤の看護師が毒薬金庫からレブラミド(レブラミド・ポマリスト専用の注意喚起記載のあるオリジナルの薬袋使用)をシングルチェックで確認し取り出した。 ・レブラミドを取り出す際、同室患者Aさんのアミオダロン錠も同時に毒薬金庫から取り出した。 ・薬袋に入れたまま患者専用の配薬ボックスへ入れて患者のベッドサイドへ運び、朝食後の配薬をした。 ・レブラミドをベッドサイドで配薬カップに入れる際に、患者Aさんの名前も確認したが、薬袋との確認を怠ったため、取り違えてAさんのカップにレブラミドを入れてしまった。 ・レブラミドの薬袋を配薬ボックスに入れ、配薬カートに戻す際に間違いに気付いた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者確認は実施したが薬袋の名前の確認を怠った。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・薬袋や名前等を患者と一緒に確認する ・薬剤の特性を把握して配薬する ・レブラミドは昼食後の服用に統一し日勤の看護師が配薬する ・レブラミドカプセルシートを使用する

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2021年1月	70代 女性 (右中大脳動脈閉塞症)	脳神経外科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・同部屋に二人の患者が入院していた。 ・配薬時は薬剤師と看護師の2名で処方薬一覧リストを用いてダブルチェックを行った。 ・病棟看護師が同室の患者Aさんと本来服用予定の患者Bさんの氏名を間違えて記憶していた。 ・与薬時に呼称とネームプレートにて本人確認を行わず、薬袋との確認も怠り誤って与薬した。 ・当日は多数の業務が重複しており、与薬に集中することが出来ない状態であった。 ・服薬チェックをしたところ別の名前であることに気が付き発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の氏名を誤って認識していた。 ・本来の患者確認の手順を守らなかった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・RevMateについて勉強会を開催した。 ・重大なインシデンスとして院内の委員会で共有し、全スタッフに対して注意喚起を実施した。
2021年6月	80代 女性 (骨髄異形成症候群、外傷性クモ膜下出血)	療養病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・本来服用予定の患者Aと誤投与された患者Bは同病棟に入院していた。 ・看護師は病棟金庫からポマリストを取り出し、本来服用すべき患者Aの氏名が書かれたユニパックに入れ、デイルームへ行った。 ・患者Bは当該看護師の担当患者であり、血液内科患者であることが強く印象にあった。対して、患者Aは担当患者ではなく、詳しい患者情報を把握していなかった。 ・看護師はポマリストを服用する予定でなかった患者Bをポマリスト処方患者であると思い込んでいた。 ・与薬時に患者Bの名前を呼び確認を行ったが患者のリストバンドとユニパック記載の氏名(患者A)を照合することなく、患者Bにポマリストを服用させた。 ・誤投与された患者Bの看護記録を入力する際に、前日の記録にポマリストの記載がないことから、患者誤認に気付いた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服用させる患者を別の患者と思い込んで与薬した。 ・患者確認の施設手順を守らなかった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・患者誤認防止強化のために、再度、ネームプレートの確認、患者にフルネームを名乗ってもらう、リストバンド、ユニパック記載氏名の確認を周知徹底する。 ・配薬、与薬、内服確認は看護師2名でのダブルチェックを行う。 ・当面の間(1ヵ月程度)は病棟管理者である師長が、レブラミド、ポマリスト、サレドの服用時に監督を行う。

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2021年11月	70代 男性 (固形癌)	消化器外科・内科と総合診療科と小児外科の混合病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・本来服用予定の患者 A と誤投与された患者 B は同室に入院していた。 ・看護師は両患者の部屋を初めて担当し、深夜勤務の看護師からレブラミド内服患者の配薬・与薬業務を引き継いで対応した。 ・看護師は患者 A の配薬に行こうとして準備をしていた。同時に患者 B のことで対応しなければならない事があり患者 B のことを考えていた。与薬のため患者 A のところに向かったが訪室した際患者 A の所でなく患者 B の所に行ってしまった。患者 B に患者 A の名前(姓のみ)を呼んで確認し、患者 B は「はい」と答えたため、看護師が介助し服用させた。 ・与薬後、患者に「A さんまた来ますね」と声かけをして退室しようとしたところ、「俺 A じゃないよ」と話され、間違った患者にレブラミドを含む朝食後の内服薬を誤投与した事が発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服用させる患者を別の患者と思い込んで与薬した。 ・院内配薬ルール(与薬時に患者氏名を患者に名乗ってもらうこと)があり、いつもは行っていたが当日は急ってしまった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟カンファレンス内で与薬の際の6R、特に患者氏名の確認方法について話し合った。 ・レブメイトについての説明会の受講 ・レブラミドについての院内独自の管理マニュアルの作成を検討
2021年11月	50代 女性 (血液疾患)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・本来服用予定の患者 A と誤投与された患者 B は同室ではないものの、同時刻に薬剤の服薬を予定していた。 ・患者 A のレブラミドと、患者 B が服用する予定であった薬剤はともに鍵付き収納庫にあった。 ・検温に回る前に、担当患者の内服薬(眠前薬)について電子カルテより情報収集を実施。2名の看護師で内服薬を準備した。 ・薬剤の準備は、電子カルテの処方画面を確認しながら薬袋より取り出し配薬ケースに準備することになっているが、今回は薬袋のみで確認を行い準備をしてしまった。レブラミドは空シートの回収も必要なため、患者 A の名前が記載された専用のケースに準備をした。このとき患者 B の内服薬は準備していなかった。 ・先に患者 B の病室へ検温のため向かった。事前に眠前薬の情報を得ていたため、内服薬を準備したと思い込み、配薬ケースの薬を渡した。 ・レブラミド専用の容器であるが、処方内容の再確認と容器の氏名確認を実施しなかった。 ・次に患者 A にレブラミドの配薬を行うために病室へ向かう際に、先ほど患者 B に与薬した薬がレブラミドだったことに気付き、誤投与が発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬時、与薬時の患者確認が適切に行われなかった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・インシデントレポートを作成後、病棟内でカンファレンスを実施 ・RevMate 情報担当者による説明会の実施 ・院内での配薬時のルールの見直し ・手順を守ることの必要性についての指導

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2022年4月	80代 男性	介護老人保健施設(入所)	<ul style="list-style-type: none"> ・本来服用予定の患者Aさんと誤投与されたBさん(認知症中等度)は同じフロアに入所していた。 ・前日に看護師が鍵付き金庫よりレブラミドを取り出し処方箋を確認後、バット(トレイ)へセットし、看護師同士でのダブルチェック後、金庫で保管。 ・当日の朝、看護師にて鍵付き金庫よりバットを取り出し、介護士へ渡した。本来、朝食の終える頃に、介護士にて名前を確認、呼称後、服薬介助し、薬剤を飲み込んだところまで確認をするが、当日はAさんが食堂へ来られる前に朝食を配膳し、そのお膳に薬も配置していた。 ・自己にて離床され食堂に来られたBさんが、配置していたAさんの薬剤を内服した。 ・介護士がAさんの薬剤をBさんが内服しているのを発見し誤投与が発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の手順を遵守しなかった。 ・配薬を担当した介護士はRevMateについて知らなかった。 	なし	採血施行経過観察	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師/介護士向けRevMate説明会の実施 ・定められた手順を遵守できるよう再度周知を行う ・ハイリスクマニュアル作成について検討
2022年7月	90代 女性 (血液疾患)	血液内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師Aと看護師Bで鍵付きの金庫からレブラミドを取り出し、ダブルチェックで薬剤を確認した。 ・その後、夜勤帯に他患者の急変対応があり、通常は看護師2名で配薬するが、看護師Bのみで配薬を実施した。 ・配薬中に患者Dのナースコール対応で訪室した看護師Bは、ワゴンに置いてあったレブラミドが入っている薬袋の名前を見て、本来服用予定の患者Cだと思い込んだ。 ・患者Dはトイレに行きたがっており、看護師Bは患者Dへ「〇〇さんですね」と患者Cの名字を確認したところ「はい」と返事があったため急いで服用させた。 ・その後、看護師Aが急変対応後に内服確認のため訪室したところ患者Cに服用していないと言われた。 ・看護師Bへ確認したところ、本来服用予定の患者Cではなく患者Dに服用させていたことが発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬時にベッドネーム、患者ネームバンド、患者自身に氏名を名乗ってもらう、という3点確認を実施しなかった。 	肝機能軽度上昇、普段より躁状態な印象	経過観察	<p><病棟></p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師用研修動画の視聴および誤投与ビジュアルガイドブックを熟読する。 ・カンファレンスにてスタッフ全員で6R徹底のための対策を検討する。 <p><薬剤部></p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬袋に注意喚起文書を添付する。

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2022年10月	60代 女性 (再生不良性貧血)	血液膠原病内科病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> レブラミド内服予定の患者 A は新型コロナウイルスの濃厚接触者であり、6床の濃厚接触者専用の総室に2人で隔離されていたうちの1人であった。 担当看護師は、病室の外で処方箋照合用のスマートフォンを用いて、レブメイトキットに添付していた患者 ID 及び処方箋と照合を行った後、配薬カップに薬剤を準備した。 薬剤の準備後、PPE 装備等の新型コロナウイルスの対応で余裕が無く、焦った状態であった。 入室後、患者 A ではなく、もう一人の患者 B がレブラミドを服用する患者だと思い込んでいたため、患者 B の下へ行き、「レブラミドです。」と声をかけたところ患者 B からは特に反応がなかったため正しい患者だと思い、患者の本人確認はせずに与薬を行った。 病室外でケアシート(スケジュールや患者情報を記載した用紙)を確認した際に、患者 A ではなく患者 B へ与薬したことに気が付き、誤投与が発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> 与薬時に患者の氏名を確認しなかった。 	なし	経過観察	<ul style="list-style-type: none"> 配薬カップに患者の氏名を記載するなど、イレギュラーな状況下でも患者確認ができるように検討する。 RevMate の周知徹底を行う。
2022年10月	40代 男性 (慢性腎不全)	リウマチ・腎臓内科・糖尿病・内分泌科と血液内科の混合病棟 (入院)	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時に鍵付きの金庫からポマリストを取り出し、看護師2名で指示連絡を見ながらチェックをした後、薬剤ボックスに薬剤を入れた。 薬剤ボックスの蓋に患者の氏名が記載されているが、本来服用する患者の薬剤ボックスだと思い込んでいたため、氏名の確認をしなかった。 与薬時に患者にフルネームを名乗ってもらい、薬剤ボックスを渡して服用させたが、服用後に患者から「薬剤ボックスに知らない薬が入っていた。」と報告があり、誤投与が発覚した。 	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時に患者の氏名を確認しなかった。 PDA を用いて認証をしなかった。 	嘔吐、胸痛、 血圧上昇	制吐剤内服、12誘導、採血後ミオコールスプレーを使用し、状態改善	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時に本来のルール(指示連絡と薬剤ボックスの氏名を確認し薬剤ボックスに薬剤を入れる。)を遵守する。 PDA を使用して患者認証を行うことを徹底する。

発生日	誤投与された患者情報 年齢、性別、 (入院理由)	発生場所 (病棟、外来等)	事故経過	原因	健康被害	患者への 対応	施設での 再発防止策
2023年2月	80代 女性 (再生不良性貧血もしくはMDS疑い)	血液内科と眼科の混合病棟 (入院)	患者Aは結果的に誤投与された患者、患者Bは本来服用する患者である。 ・夜勤看護師が患者Aのベッドサイドに薬袋を持参し、患者Bの姓で「〇〇さんですね?」と呼びかけたところ、患者Aが「はい」と答えたため、患者Aのベッドサイドの配薬ケースに薬剤を入れ与薬した。その際に患者氏名の確認はしなかった。 ・その後、患者Bに「いつもの薬がない」と声をかけられた日勤看護師が、配薬した夜勤看護師に確認を行ったところ、誤投与していたことに気が付いた。	通常の配薬・与薬手順である「患者に名乗ってもらうこと」「薬袋とリストバンドの患者名照合」を怠り、思い込みで与薬した。	皮疹(両大腿部、臍周囲、臀部)	なし	・血液内科の病棟看護師は薬剤に関わる前および年1回を目途にRevMateのe-learningを視聴する。 ・医療安全部と薬剤部と連携し、配薬手順の見直し等再発防止策の検討を行う。 ・患者氏名とリストバンドの確認の徹底を行う。
2023年4月	80代 女性 (MDS由来の急性骨髄性白血病)	血液内科病棟 (入院)	・本来服用するはずだった患者Aの薬剤ボックスと、誤投与された患者Bの薬剤ボックスを配薬トレーに乗せ、配薬介助に回っていた。 ・与薬時に本人確認を怠り、患者Bに患者Aの薬剤も内服させてしまった。 ・患者Aに与薬する際にレブラミドが無いことに気が付き、誤投与が判明した。	与薬時に本人確認(バーコード認証及び患者本人に氏名を名乗ってもらう手順)を怠った。	なし	経過観察	・患者確認のバーコード認証実施を徹底し、患者情報と処方箋情報を照合する。 ・患者本人に氏名を名乗ってもらい与薬する。 ・配薬に関わる全ての看護師がRevMateの看護師向け説明会に参加する。