レナリドミド及びポマリドミドの誤投与事例の一覧

2025 年 6 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	・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	・配薬時、本人確認がされなかった	健康被害なし	経過観察	・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	・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	・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	・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）	・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	・配薬時、本人確認がされなかった	健康被害なし	経過観察	・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、患者の取り違いがないよう再徹底した ・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）	・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	・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	・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）	・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	・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	・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）	・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	・処方変更の確認不足	嘔吐 （非重篤）	嘔吐に対する対症療法	・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）	・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	・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	・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）	・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	・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	・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	・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	・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	・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）	・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	・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	・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）	・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	・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	・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）	・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	・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	・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）	・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用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	・配薬時思い込みによる患者確認不足	なし	経過観察	・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）	・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	・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	・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）	・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。	・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	・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）	・朝 8 時に患者 A の定期の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、ユニパックの状態で患者 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。	・ユニパックに名前記載をしていなかった。	なし	経過観察	・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）	・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。	・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	・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）	・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。	・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	・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）	・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。	・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	・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）	・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。	・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怠ってしまった。	なし	経過観察	・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）	・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。	・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	・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）	・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（トレー）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。	・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	・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）	・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。	・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	〈病棟〉 ・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。 〈薬剤部〉 ・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）	・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 からは特に反応が無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。	・与薬時に患者の氏名を確認しなかった。	なし	経過観察	・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）	・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。	・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	・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。

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	施設での再発防止策
2023 年 9 月	84 歳、男性。 血液内科単科病棟に入院。 入院理由は不明	病棟	確認作業を行った看護師（本来の担当看護師）は深夜帯 3～4 時に担当患者の内服を確認し、当日の朝の薬を配薬カップに入れて配薬カートの引き出しの中に入れる作業を行っていた。患者 A と患者 B の配薬カートの引き出しは同じ列の上段下段であった。患者 A（ポマリドミド非服薬患者）の薬を確認後、患者 B(ポマリドミド服薬患者）の薬の確認途中にナースコールに対応のため確認作業が中断した。確認途中の患者 B の引き出しを少し開いた状態でその場を離れ、ナースコール対応後、確認作業を再開した。この確認中に患者 B のポマリドミドを患者 A の配薬カップに入れているが（入っていたが）、どうやっていれたか覚えていない。朝 8:30 に患者 A の配薬カップの中身を確認しようとしたが、患者 B の対応のため配薬カートの上に配薬カップをおいたまま離れる。 その後、別のチームの夜勤看護師が配薬を手伝うために配薬カートの上に置いてある配薬カップを確認終了しているものと思い込み、処方せんを確認せずにそのまま配薬。配薬時は、患者のリストバンドと配薬カップにて確認を行った。 患者 B のポマリドミドが中止指示となったため日勤看護師が当日の朝の薬の確認に行くと、配薬カップの中にはいっておらず、別の患者に配薬させ飲ませていたことが発覚した。誤投与された患者に健康被害は起きていないことを確認した。 今後の再発防止に対する情報提供として病棟看護師へ RevMate 資材や HP を活用した指導と 6R の徹底の依頼を実施した。	・与薬した看護師の確認不足 ・与薬行為者の交代	投薬前の確認と配薬/与薬は同一看護師により行う。他チームの配薬/与薬を手伝う際は、必ず担当看護師に作業状況の確認を行い、配薬/与薬を実際に行う者が処方箋と 1 回分の薬の内容確認を行う。

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	施設での再発防止策
2023 年 10 月	81 歳、A 男性、MM にて入院加療中。レナリドミド休薬中の方。	病棟	夕食後、眠前薬の内服準備の際、処方箋で確認しレブメイトケースからレナリドミドを夕食後のトレイに他看護師とダブルチェックで出した。与薬用の1回量カプセルシートを使用せず、PTP のまま、患者名を書かずにトレイに入れた。与薬時、処方箋やレブメイトケースの名前を確認せず与薬。患者より「今これを飲むのですか？」と確認があったが「飲んでください」と返答し服薬してもらった。ナースステーションに戻り、レブメイトケースに PTP の殻を戻す際に患者名が異なることに気づいた。処方箋を確認したところ、他の患者に誤投薬したことに気づいた。誤投与された患者はポマリドミドの休薬期間中であった。健康被害なし。	・与薬看護師の思い込み及び確認不足	・看護師は薬をレブメイトケースから出したら、1 回量カプセルシートにセットして、患者名・日付・錠数の記載を徹底する。 ・与薬時は患者の部屋に処方箋、服薬カレンダー、トレイを一緒に持っていく。 ・与薬時の患者確認を徹底する。 ・患者用の服薬スケジュールは病室の見えるところに貼付する。 ・病棟薬剤師は服薬期間中の患者のレブメイトケースを確認し、殻の数やカレンダーの記載確認をして服用確認を行う。 ・休薬期間中・中止中のレブメイトケースはわかるよう表示を行う。 ・RevMate の管理に関する研修会を毎年実施する（薬剤師・看護師）。 ・中途・新人看護師が入職した場合はその都度、責任薬剤師と病棟看護師から RevMate の研修を行ってから、与薬業務を行うようにする。

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	施設での再発防止策
2023 年 11 月	75 歳、女性	デイサービス内	本デイサービスでは、毎朝来所した利用者から服薬が必要な薬剤を受け取り、与薬時間まで看護師が保管している。本来ポマリドミドの投与が必要だった利用者は、同日 PTP シート入りのポマリドミドが貼付された 11/2 の日付入りメモと、併用薬を持参された。利用者から薬剤を受け取り、本来服用が必要な方の薬剤であることを介護士とダブルチェックを行った。その後、本来の患者に服用させるため、配薬用のトレイにのせて与薬の時間まで保管した。与薬の時間になり、看護師は本来服用の必要のない患者にポマリドミドと併用薬の与薬をしなくてはならない、と誤って認識してしまった。誤投与を受けた患者は認知症のため、自分で持参した薬剤が間違っているかどうかの認識はできず、そのまま誤った薬剤を与薬した。また、誤投与された患者は服用する薬剤はない利用者であった。 処方元医療機関の薬剤師は、ポマリドミド治療開始に伴い服薬管理を強化すべくレブメイトキットに薬剤を入れた状態で患者に渡している。一方、患者とその家族だけでの薬剤管理には限界があると考え、介入が必要と考えていた。処方元医療機関・ケアマネジャー・外来化学療法室の看護師の 3 者で連携し、服薬管理のため手作りの箱を用いて本格的に介入し始めた矢先に今回の誤投与が発生した。カプセルシートは処方元医療機関では入院患者のみに使用することとなっており、外来患者には使用していなかった。 RevMate の存在についてデイサービスに対しては処方元医療機関および患者家族からの情報共有はなされていなかった。デイサービスの看護師も、血液内科の経験者がおらずポマリドミドを見ただけで、特別な管理が必要な薬剤であることを把握できる者がいなかった。	・看護師の思い込み、確認不足、知識不足 ・特別な管理が必要な薬剤であることについては、事前に処方元医療機関からの情報共有が無かった ・デイサービスの施設管理者が医療従事者でないため、本剤が特別な管理が必要な薬剤であることに気づくことができなかった	デイサービス主任看護師より、薬の誤投与は健康被害を及ぼす可能性もある重大なインシデントであることに変わりはないため今回の経験を踏まえて、与薬マニュアルの整備およびかかりつけ医・薬局との情報連携・管理体制の再検討を進めていくとの回答あり。 処方元医療機関の責任薬剤師がデイサービスと運用方法を話し合い、服薬は継続するがデイサービス内での内服・管理はしない方針を決定した。

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	施設での再発防止策
2024 年 7 月	80 歳、男性 血液内科混合病棟に入院（理由は不明）	病棟	7 月 24 日　夜勤帯は 3 名の看護師体制　内服すべき患者①の担当看護師 A と看護師 B が電子カルテと処方カレンダーを確認し、配薬カートに入れているレブメイトキットから本剤を取り出し、患者①の氏名と薬剤名が記載されたオレンジ色のケース（麻薬等の配薬時に使用する専用のケース）に薬剤を入れ、看護師 A の担当するチームの配薬トレイに置いた。 7 月 25 日 8 時、看護師 A の担当患者（別患者）の容態が急変し対応に追われていたため、薬剤の準備をしなかった看護師 C が看護師 A の担当するチームの配薬トレイに置かれた薬剤の配薬をした。誤投与された患者②の配薬ケースの近くに本剤が入ったオレンジ色のケースが隣同士にあったため、本剤も患者②の内服薬だと思った。担当看護師 A が処方カレンダーと薬剤の確認はしていると思っていたため、看護師 C は患者と処方箋を確認しなかった。誤投与された患者②の氏名は本人に呼称で確認し、二つのケースの薬剤を患者に見せ特に指摘はなく、看護師 C が配薬ケースに書かれた一方の患者名②だけしか確認しなかったため誤投与となった。 看護師 A が一緒に内服するはずであったプレドニンが配薬トレイに残っている事に気付き、患者①に本剤を内服したか確認すると内服されていない事が分かった。そのため、看護師 A が配薬与薬を実施した看護師 C に確認した所、別の男性患者②に誤投与した事が判明した。	思い込み、確認不足、患者の状態把握不足、与薬行為者の交代による。	院内医療安全事務長と病棟看護師で当日にカンファレンスが実施され、配薬与薬する看護師の患者確認の徹底と、麻薬などを入れる配薬ケースとその他の薬剤を入れる配薬ケースを違うトレイに分けて配薬するように検討した。 薬剤部に対して：誤投与の再発防止の一つとして、カプセルシートと 1 回量パックの資材使用の検討を頂くよう依頼した。

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	施設での再発防止策
2024 年 7 月	77 歳、男性 入院（理由不明）	病棟	夕方、看護師2人で投与すべき患者 A の内服確認した。通常はピンクの紙に名前・日時を記入し内服薬を貼付していたが、その日はその行為ができていなかった。内服薬はトレーに置き、誤投与された患者 B のエレンタールを作成。内服薬がのっていたトレーに作成したエレンタールものせた。エレンタールと一緒に患者 B の内服をのせ、ベッドサイドで名乗らせ確認を本人の内服薬の名前と施行。同じトレーにレナリドミドをのせていたことを忘れていた。患者はいつもと違う内服がのっていたが、自己の内服薬の内容を理解できておらず内服してしまった。本来内服するべき患者から内服が届いていないとナースコールがあり。別の患者に配薬したトレーに一緒に乗せていたことに気が付き、ベッドサイドに行くも既に別患者が内服してしまっていた。 患者 B に発熱・肝機能数値の上昇の健康被害が認められたが、7 月 30 日軽快。	確認不足、その他（ダブルチェック後に紙に名前・日時を記入し内服薬を貼付しなかった）	病棟スタッフ間で、インシデント報告書を作成。カンファレンスにて情報共有。 薬剤師より本剤、RevMate に関する勉強会と RCA 分析を行い、スタッフ間で共有。
2024 年 9 月	80 歳代、 女性	入所施設	施設ヘルパーが入所施設の食堂にて、本来飲むべき患者の隣席にいた入所者に本剤を誤投与した。かかりつけのクリニックにて血液検査を実施している。	施設ヘルパーが配薬の際に、患者に名乗ってもらい照合する確認を怠った。	ダブルチェック、患者への確認について、その徹底と防止策を施設内で話し合いを実施した。 顔認証システムや薬の登録により、誤投与防止や服薬管理に役立つアプリ服薬支援システムの導入を検討する。
2024 年 9 月	68 歳、女性、急性骨髄性白血病で入院中	病棟	・副作用により本剤を休薬し、入院していたが、患者の症状が安定したため本剤を減量の上、投与を再開した。 ・薬袋には入院前に処方された減量前の投与量の記載が残っており、薬袋への記載用量が正しいと誤認した看護師が別の看護師に相談の上、本剤を追加で与薬した。 ・業務ひっ迫で焦っていた同看護師は誤った患者に名前確認をせず与薬し服用させた。 ・服用後に同看護師が誤った患者に誤投与したことに気づき本事例が判明した。	・業務ひっ迫 ・本来の投与患者と同じ時間帯に内服指示があった別患者より内服薬が届くのが遅いと指摘されたことによる焦り ・確認不足	・内服再開時、内服量が変更となる場合は薬袋の記載を修正する。 ・病棟看護師に e-learning を受講いただくよう案内。 ・電子カルテの処方カレンダーでの照合時、5R(「正しい患者」、「正しい薬剤名」、「正しい量」、「正しい投与経路」、「正しい時間」）の確認を再徹底する。