

2024年8月

医療関係者 各位

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター

サレド®カプセル（サリドマイド）に関する
入院時の誤投与防止のお願い

平素はサリドマイド製剤安全管理手順（TERMS®）の遵守にご協力賜り誠にありがとうございます。

このたび、医療機関の入院病棟において、サレドカプセルを別の患者さん（80代 男性）へ誤って投薬し服用されたという事例が発生しました。

当該病棟でのサレドカプセルは、カプセルシート（患者氏名を記載）で管理されていましたが、看護師がカプセルシートから薬剤を取り出して配薬する際に氏名の確認不足があり、誤投与に至りました。

（詳細は別紙「医療機関におけるサレドカプセル誤投与について」をご確認ください）

今回の事例を踏まえ、サレドカプセルの入院時の誤投与を防止するため、再度注意喚起を行うことといたしました。病棟での配薬に際しては、サレドカプセルの服用状況及び残薬等の記録・管理にご協力いただき、服薬介助時には必ず本人確認を行うよう、一層の徹底をお願いいたします。

引き続き、サレドカプセルの安全管理の徹底にご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

〈お問い合わせ先〉

サリドマイド製剤安全管理手順（TERMS®）に関する内容
TERMS 管理センター（フリーダイヤル 0120-001-468）

医療機関におけるサレドカプセル誤投与について

1. 概要

2024年6月6日（木）、医療機関においてサレドカプセル 50mg 1Cap を別の入院患者に誤投与したとの連絡が、責任薬剤師から MR を通じて TERMS 管理センターに入った。

患者 A：投与すべき患者 80代 男性 入院 （多発性骨髄腫）

患者 B：誤投与された患者 80代 男性 入院 （神経系疾患）

2. 事故経過

（通常の配薬方法）

入院患者へのサレドカプセルの定期的な処方 は 7 日分で、薬剤部にてカプセルシートを使用して調剤され、病棟ではナースステーション内にある配薬カートの上に保管される。サレドカプセル以外の薬剤は院内薬局で一包装しており、サレドカプセルはカプセルシートで管理し、カプセルシートには患者氏名を記載している。

当該施設の手順として、配薬前と服薬後に服薬チェック表を記入し、看護師が服薬後の空包装を回収する。また、配薬については食事介助後に看護師が行い、配薬時にはベッドネームと呼名により患者確認を行っている。

なお、患者 A と患者 B は同室で、担当看護師も同じである。

（事故経過）

① 6月5日（水）19:00 頃、担当看護師がカプセルシートからサレドカプセル 50mg 1Cap を取り出し、患者 B に口を開けてもらい服用させた。服用直後、カプセルシートに書かれた名前と患者が違うことに気付いた。患者氏名の確認不足により生じたと考えられる。また、患者名の漢字 1 文字が同じであったことも要因かと思われる。

すぐ（6/5 当日中）に両患者の主治医、担当医に連絡。また、医療安全管理室長にも報告後、薬局長に連絡した。

患者 B へは誤投与当日に看護師から説明し、翌日（6/6）、主治医からも説明を行った。

患者 A は、6月5日も通常通り服薬された。

② 6月6日（木）15:54、責任薬剤師より連絡を受けた MR は、すぐに TERMS 管理センターへ報告した。

3. 原因

- ・担当看護師が患者氏名の確認不足のまま患者 B に服薬させたこと。
- ・患者名の漢字 1 文字が同じであったこと。

4. 患者 B への対応

- ・すぐ（6/5 当日中）に両患者の主治医と担当医に報告し、患者 B 本人に対しては 6 月 5 日に看護師から説明があり、翌日に主治医からも説明を行っている。
- ・患者 B は今のところ健康被害はなく、経過観察で様子を見ている。

5. 医療機関での再発防止策

- ・配薬時の患者氏名とカプセルシートの患者氏名の確認を徹底する。
- ・マニュアルの見直しを行った。

正しい患者、目的、方法、薬剤、用量、時間の 6R を基本とし、内服配薬時に看護師 2 名にてダブルチェックを行い、配薬直前時に患者より呼名をしていただき確認する。もし呼名できない患者はベッドネームにて確認を行い、内服を行う。

『患者より呼名をしていただき』を今回追加した。

- ・病棟でのサレドの取扱いについて、藤本製薬から年 1 回程度、勉強会を実施する。

以上