

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
109 *	ツムラ半夏瀉心湯の処方に対し、ツムラ半夏厚朴湯を調剤してしまい、監査でも気付かず病棟に払い出してしまった。病棟看護師も気付かずに患者に渡してしまい、患者からいつもの薬ではないと指摘され、間違いに気付いた。	類似名薬品。多忙な時間で、調剤中に電話対応して作業が中断した。	<ul style="list-style-type: none"> 漢方薬は似た名前が多いため、薬剤につけられている番号も必ず確認する。 調剤中の電話対応はできるだけ避ける。 	ツムラ半夏厚朴湯 (ツムラ半夏瀉心湯) 520 漢方製剤
110 *	肺炎にて入院された2歳の児に対して、抗生剤ダラシン550mg(体重あたりの量の約4倍の量、重症感染症としての最大投与量を超える量)静注した。同日、誤りに気付いた。この間、児には特に症状はなかったが、モニター装着管理を開始した。その後小児医師と呼吸器医師へ報告した。その後医師たちと共に、今回の件につき、母へ説明した。	通常であれば、オーダー指示(手書きのもの)とコンピューターでの転記の両方を小児科医が行うが、今回はコンピューターでの転記を研修医が行い、ダブルチェックの機能が働かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> オーダー指示(手書きのもの)とコンピューターでの転記をすることの両方を小児科医が行い、ダブルチェックの機能が働くようにする。 	ダラシン S 注射液 611 主としてグラム陽性菌に作用するもの

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
111 *	注射箋「ソル・メドロール250mg + 生食100ml」の処方であったがソル・メドロール125mg の溶解液1本にエクサシン1Aを入れてしまった。	業者から薬剤をもらい、至急調剤し病棟にあげなくてはならなかったという状況と、慌てた気持ちがあった。ソル・メドロールの置場の小箱に間違っってエクサシンが入っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤時は慌てずに行う。 ・ 返品薬を戻すとき充分注意が必要であるため、職場で再度統一し、必要であればダブルチェックなど行う。 	エクサシン注射液 (ソル・メドロール添付溶解液) 612 主としてグラム陰性菌に作用するもの (245 副腎ホルモン剤)
112 * *	タゾシン(抗生物質)を1日2回各350mg + 生食20ml 点滴注射指示があった。トレイ(1患者1トレイ)にはタゾシン2.5g が2バイアルあった。タゾシンを確認した時、看護師は1バイアル0.25gと誤って読み取り、そのため350mg 準備するために2.5g と1g(2バイアル、計3.5g)を準備した。注射筒ラベルには指示通り350mg と書かれていたが、間違いに気付かず投与した。2回目のタゾシン投与時、使用すべきバイアルが既に使用してしまっていたことから見つからず誤薬に気付いた。			タゾシン 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
113 * *	発熱のため患者にスルペラゾン(抗生物質)1g + 生食100ml を点滴投与した後、患者は上肢のしびれ、腹痛が出現した。前医の紹介状には当該抗生剤禁忌の記載があり、スルペラゾンアレルギーの記載があったことが判明した。前回、入院した際に担当医は診療端末にアレルギーを入力したがカルテ欄には記載しなかった。診療端末や温度板上でのアレルギー警告が表示される仕組みはあったが、分かりにくかった。			スルペラゾン静注用 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
114 * *	セフメタゾン1 V(実使用量1 0 0 0mg)、生食1 0 0ml の処方に対し、セフメタゾン1 V(2000mg)を生食100ml に溶解した。患者は13才であり投与後も特に問題はなかった。実使用量の確認ができておらず、1人だけで調剤の確認をした。	処方内容を十分に読まず薬剤名だけで事実使用量を見ていない。同じ抗生剤を連続して溶解するので、注意力が散漫になった。また、調剤する際は一人で行い、空きアンプルと調剤ラベルの確認ができていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実使用量が記載されていればそこにアンダーラインを引き注意を促す。 ・ 現在は2人の薬剤師がかかわっているので、2人でラベルを読む人と薬剤を確認する役割を同時に行いダブルチェックとする。 	セフメタゾン静注用 2mg 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
115 * *	担当医師が手術後の患者に抗生剤メロペンを指示し実施した後、メロペンとは併用禁忌のデパケンを内服中であることに薬剤師が気付いた。デパケンは患者の入院時の持参薬で、病院の持参薬鑑別のシステムの通りに、別の薬剤師が確認・鑑別後に別の医師が内服継続を指示したものであった。医師・看護師はデパケンとメロペンが併用禁忌であることを知らなかった。	担当医師は、持参薬鑑別の内容を見ないで注射の指示をした。複数の医師がかかわり、情報が共有されていなかった。薬剤師も持参薬を確認する時点で、注射指示を見なかった。医師・看護師の知識不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が薬剤の指示を出すときには、処方・注射双方の指示内容を確認する。 ・ 特に、複数の医師がかかわる場合には情報を共有する。 ・ 医師・看護師・薬剤師の間で薬剤情報を共有する。 	メロペン点滴用 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
116 * *	<p>破水疑いで緊急搬送された患者。医師よりペントシリン(抗生剤)1g+生食100mlの指示が出た。入院後、主治医や他の医師より薬のアレルギーの有無について本人に確認したが、「アレルギーは無い」と答えた。ペントシリン実施前にも再度患者へ確認した。ペントシリン実施直後から動悸、呼吸困難、軽度の顔面紅潮を認め、直ちに中止した。医師の指示でソル・コーテフ(副腎皮質ホルモン剤)の点滴を行い、30分後には症状消失し、バイタルサインも安定していた。電子カルテのアレルギーコメントに、「ペントシリンで皮疹有」の記載があったが、医師がオーダー入力をする際に、見落としていた。</p>	<p>アレルギーコメントはあるが、電子カルテ上「特記」という項目をクリックしないと情報が表示されない。また、特記の項目表示が小さく見逃しやすい。前回入院時に使用したペントシリンで皮疹の出現があったが、患者へ十分な指導がされていなかったため、患者自身に確認しても自覚がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ重要なことを説明する場合(今回のような禁忌薬など)は、口頭の指導だけでなく、文書で渡す。 禁忌薬剤の表示を大きく、また薬剤オーダー時に表示されるようにシステムの変更を検討中。 	<p>ペントシリン注射用1g 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
117 * *	ミノマイシンがオーダーされ、「末梢ルートメイン・胸膜癒着術用」と印字されていた為、看護師は末梢ルートより点滴を開始した。患者が血管痛を訴えたため、医師が診察に行き、胸腔注入用のミノマイシンが末梢から投与されている間違いに気づき、すぐに中止した。患者に障害はなかった。	新人看護師の知識不足であり、初めての処置(胸膜癒着術用)を自己判断で施行した。医師のオーダーが間違って入力(末梢ルートメイン)されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師は、指示簿に施行日を記入。オーダーコメントに「医師施行」と入力する。 ・ 看護師は、薬剤確認時にコメントにアンダーラインを引き、医師施行の点滴は、看護師の施行する点滴とは別の場所に置く。 ・ 新人看護師は、分からない処置については自己判断せずに、指導者に確認する。 	点滴静注用ミノマイシン 615 主としてグラム陽性・陰性菌、リケッチア、クラミジアに作用するもの
118 *	ゼリットカプセル(抗ウイルス化学療法剤)15mg の処方であったが、20mg のカプセルで調剤した。監査でも気が付かず、払い出した。受領した看護師も用量の違いに気が付かず、患者に渡して内服してもらった。(自己管理)患者は、2回目に内服する際にいつもと違うことに気が付き、用量の違いが判明した。	複数規格ある薬剤であった。注意ラベルをつけていたが、ラベルが奥まった所にあり、気が付かなかった。薬剤説明書に、この薬剤はまだ薬剤形状の写真が添付されていない。看護師は、見慣れない薬剤であり、自己管理をもらっていたこともあり、形状の違い、用量の違いに気が付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注意ラベルに気付けるよう、ラベルの位置を変更した。 ・ 薬剤説明書に薬剤形状の写真を添付することを検討する。 	ゼリットカプセル 20 (ゼリットカプセル 15) 625 抗ウイルス剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
119 *	点滴静注用ゾビラックス250mgを4バイアル供給すべきところ、2バイアルしか供給しなかった。病棟で看護師が確認中に発見。	該当薬品のカセットの調子が悪く、トレー内の薬剤が不足していたため、不足分を補充したときに3バイアルセットすべきところ、誤って1バイアルしかセットしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 一度、イレギュラーな処理を行った後は、再開時に注意する。 	点滴静注用ゾビラックス 625 抗ウイルス剤
120 * *	デノシン(抗ウイルス剤)150mg + 生食100ml を1500mg+生食100ml と間違え点滴静脈注射した。			点滴静注用デノシン 625 抗ウイルス剤
121 *	バクタ顆粒4g分2の成人処方において、薬袋の記載が「1回2包」となっていた。これを見逃してしまい、病棟から「包数が足りない」との指摘で発覚した。本来は「1回1包」であり、調剤もそのように行われた。	処方オーダーから薬袋印字機への情報に必要な「薬品マスター」の設定が違っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 「薬品マスター」の設定変更、「1回1g」から「1回1包」へ変更した。 薬袋の記載の確認。 	バクタ顆粒 629 その他の化学療法剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
122 * *	病棟看護師長より薬袋の表示に間違いがあった旨の連絡があった。バクタ錠4錠、分2朝・夕食後、2日分の処方薬袋の用法欄に「毎週土曜日曜に内服」と記載すべきところを「毎週土曜日に内服」と誤記した。	服薬指示の「毎週土曜日曜に内服」との記載を調剤者、監査者とも「毎週土曜日に内服」と誤って理解した。また、処方におけるコメントは、3種類ありそのうちの「処方」コメントがオーダーリングシステムから自動的に薬袋の用法欄に印字される。今回は自動的に印字されない「薬剤」コメントに手書きで記載したため、誤記してしまった。	・ 調剤者、監査者ともに処方せん中のコメント記載事項について、薬品名・用法などと同様に十分に確認するよう注意喚起した。	バクタ錠 629 その他の化学療法剤
123 *	二種混合二期、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドの予防接種の際、0.1ml 以下を皮下注射するところを0.5ml 投与した。			沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド
124 * *	二種混合ワクチン定期第2期接種のため12歳の患児が外来受診した。医師はワクチンの量を0.5ml と注射箋に記載し、看護師に薬剤の添付文書を確認し、文書と一緒に準備するよう指示した。添付文書には10歳以上0.1ml と記載されていたが、看護師は疑問に思わず指示通り0.5ml 準備した。医師は添付文書を見たが気付かず0.5ml 接種した。			沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
125 *	返品薬のデュプリバンの中にアルブミンが混入していたのに気付かず返品してしまった。デュプリバン3個払い出した際もアルブミンが混入しているのに気付かず病棟の看護師が気付いた。	デュプリバンとアルブミンの包装がよく似ていたため返品処理を誤ってしまった。また、払い出し時に個々の名称を確認しなかった。色調が似ている。大きさ(紙箱)はアルブミンが少し小さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 返品薬は1個ずつ確認してから戻す。 ・ 手早く作業することばかりが先になっており、確実に丁寧な仕事をする心を心がける。 	アルブミン (デュプリバン) 634 血液製剤類 (111 全身麻酔剤)

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
126 * *	注射薬払出し業務中にリスト上ではアルブミンWFのところ、他社製品である化血研のアルブミンが準備されていたが、チェック時に見逃した。	同一組成医薬品の複数採用。注射薬の品名表示変更が困難。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一組成薬品の採用について制限の検討が必要である。 ・ 医薬品名の表示を変えることにより、このようなミスは防ぐ事が可能と思われる。 	献血アルブミン“化血研” (献血アルブミン-Wf) 634 血液製剤類
127 *	院内で採用していない献血ベニロンI(血液製剤)を使用したいと医師から相談を受け、薬剤師が注文する際に献血グロベニンI(血液製剤)を注文し払い出した。病棟看護師も気付かず3日間投与された。			献血ベニロン I (献血グロベニン I) 634 血液製剤類

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
128 *	特定生物由来製品「ベタフェロン」はロット番号を記入する報告書を添付して調剤しなければならないが、添付するのを忘れてしまい、病棟で使用の際もロット番号を確認せず、患者に使用してしまい、使用ロットが不明になってしまった。薬局で使用ロットの入力の際、報告書が出ていないので病棟に確認して発覚した。	特定生物由来製品の払い出しはルールは認識していたが、確認者当人の記憶に頼る不確かなもので、体系的なチェックがとられていない。特定生物由来製品の報告書がプリントされているプリンターが2部屋とも離れていたところにあり、意識することが困難である。薬局が添付し忘れたときに病棟でカバーできるシステムがない。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤者の前に薬品を取り揃える助手の使用する用紙に、特定生物由来成分薬品が払い出し対象になった場合、該当報告書をその時点で添付する。 特定生物由来製品の棚には「特定生物由来製品」の短冊をつけ、払い出しの際の注意を喚起する。 	ベタフェロン皮下注 960 万 639 その他の生物学的製剤
129 *	患者に生食500ml 負荷の指示があり、注射薬液棚から生食500ml のボトルを取り出し、チェック表の記入のため、棚の中へ一旦おき、記入後再度ボトルを取り出した。そのまま患者の点滴につなげた。他の勤務者が生食ボトルでなく蒸留水のボトルであることを発見した。150ml 注入した。すぐ主治医に報告、様子観察、患者には異常みられなかった。	確認不足、思い込み、マニュアルを実施しなかった。確認を薬剤でなく、患者の名前ばかり確認していた。	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルの実施、患者の名前だけでなく薬剤のチェックを必ず行う。 	注射用蒸留水 (生理食塩水) 713 溶解剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
130 *	内視鏡検査の前処置としてグルカゴン(すい臓ホルモン)1A使用した。検査終了後、低血糖状態となり意識レベルが低下したがブドウ糖投与で回復した。この際行った血液検査に異常があり、入院することになったが、トイレで意識消失、ショック状態となった。			注射用グルカゴン 722 機能検査用試薬
131 *	肝細胞癌、骨転移患者の塩酸モルヒネの指示を出す際、主治医は注射箋の【 】ml の欄に10mg/ml のつもりで「10」と誤って記載した。指示簿には10mg【1ml】+生食49ml で2ml/h と記載した。他の医師が薬剤部より50mg/ 5ml の塩酸モルヒネ2Aを受け取り病棟に運んだ。看護師が2A(10ml)を生食40ml で混合し2ml/h で準備し主治医はそのまま投与開始した。返納確認の際、投与量の間違いに気付いた。			塩酸モルヒネ注射液 811 あへんアルカロイド系麻薬

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
132 *	<p>癌にてオプソシロップ(モルヒネ薬)内服中の患者が療養型病棟へ入院。疼痛時オプソシロップの指示あり。介護福祉士が臨時薬のオプソシロップを薬杯に入れようとしたところ、専用の薬杯は洗浄中で使用できなかったため、普通のコップに入れた。そのまま患者の所に行かず仕事が中断。看護師にもオプソシロップであることを伝えなかった。</p> <p>そのため、看護師はコップの中身を破棄してしまった。薬局へ報告、所定の手続きで処理。患者への影響なし。</p>	<p>療養型病棟で麻薬を管理する時に、麻薬に関しては看護師が管理するが、内服介助は介護福祉士が実施する。今回の臨時薬の使用に関しては看護師に1本化するとしても、在宅では家族が実施しているので、定期的な内服の介助に関しては介護福祉士も実践してよいかについてマニュアルになっていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬に関して、内服に関するマニュアル必要、現在検討中。 当面の対策は、オプソシロップ専用の薬杯を多めにストックし、その薬杯はオプソシロップが入っているものとし、作業の中断はせず患者へ持っていく。 また、介護福祉士への指導を指導要綱に追加した。 	<p>オプソ内服液</p> <p>811 あへんアルカロイド系麻薬</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
133 *	<p>塩酸モルヒネ(麻薬系鎮痛剤)の投与方法がシリンジポンプからPCA(自己調節鎮痛)ポンプに変更となり、新たな指示量の塩酸モルヒネをPCAポンプに設置した。その際、シリンジポンプから外した塩酸モルヒネ17.636mg(塩酸モルヒネ30mg + 生食水30mlのうち残19.4ml)の入ったシリンジを、処置室の医療廃棄物入れに破棄してしまった。返却すべき麻薬を破棄したことを思い出し、休日だったため、翌々日に、病棟師長に報告し発覚した。看護部セーフティマネージャー、薬剤部麻薬担当窓口にも口頭報告し、麻薬破損届、使用変更届を薬剤部に提出した。</p>	<p>麻薬の管理方法、返却の必要性は理解していたが、PCA(自己調節鎮痛)ポンプの設置が初めてであったため、接続ができたことで安心し、一連の作業が終了したと思ってしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬管理は法律で定められていることと、その必要性につき当事者に指導・教育する。 麻薬管理方法につき当事者が言語化できることを確認する。 当事者が麻薬の取り扱いを習得できるまで、当事者が麻薬の返却に関わる際は、管理者若しくはリーダーがダブルチェックし、確実な実践ができることを確認する。 	<p>塩酸モルヒネ</p> <p>811 あへんアルカロイド系麻薬</p>
134 * *	<p>塩酸モルヒネシロップを調剤する際に、塩酸モルヒネ末を0.028gで秤るところ、0.0028gで秤ってしまった。薬局長より指摘があり、発覚した。患者には正しい量のもので交換した。幸い服用しておらず、大事にはいかなかった。</p>	<p>電子天秤の精度限界が0.3gであるにもかかわらず、0.0028gを秤った薬剤師の機器への認識不足していた。秤量が少ないと疑問を感じながらもあいまいにしてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬の秤量は特定者に限定する。 調剤開始前に準備された薬剤の内容確認を第三者が行い、その記録を残す。 	<p>塩酸モルヒネ</p> <p>811 あへんアルカロイド系麻薬</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
135 *	検査で延食となっていた患者に、同様の検査で延食となっていた患者のオキシコンチン(がん疼痛治療剤)35mg を与薬した。薬袋から出してテープに名前を書く際に、名前を書き間違えた。			オキシコンチン錠 811 あへんアルカロイド系麻薬

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
136 * *	<p>A氏へ21時にMSコンチン内服の指示があった。伝票と薬と一緒に持って病室へ入った。その時、部屋ネームとベッドネームの確認はしなかった。「Aさんお薬をお持ちしました。」と声をかけると「薬ね。」と答えられた。B氏にA氏の伝票を見せながら、薬名・薬効を説明した。B氏は「現在その薬は飲んでいない」と言われた。そのため1度ナースステーションへ戻り、パソコン上でA氏の内服指示を確認し処方があることを伝えた。内服する際に処方箋をB氏に見せながら、再度氏名・薬品名・内服時間を確認した。その際、B氏本人が名前が異なる事に気付いた。そのため、患者間違いだと気づき、口に入れたものをだしてもらい、うがいをするよう声をかけた。B氏に謝罪をし、夜勤帯の看護師、副師長へ報告した。</p>	<p>本人がB患者をA患者と思い込んだ為、病室の入り口、ベッドネーム、患者から「その薬は飲んでいない。」といわれても、間違ったことに気が付いていない。当院に採用されてから期間が短い看護師であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院に採用されてから期間が短い看護師であり、正しい患者確認方法を身につけさせる必要がある。 ・ 患者に参加してもらって、間違いを防止する方法も、自分で理解できていなければ効果は出ないことを、指導者は考えて指導する。 	<p>MS コンチン錠</p> <p>811 あへんアルカロイド系麻薬</p>