

リスクマネジメント

長野県薬剤師会
保険医療委員会

人間の特性

生理学的特性

認知的特性

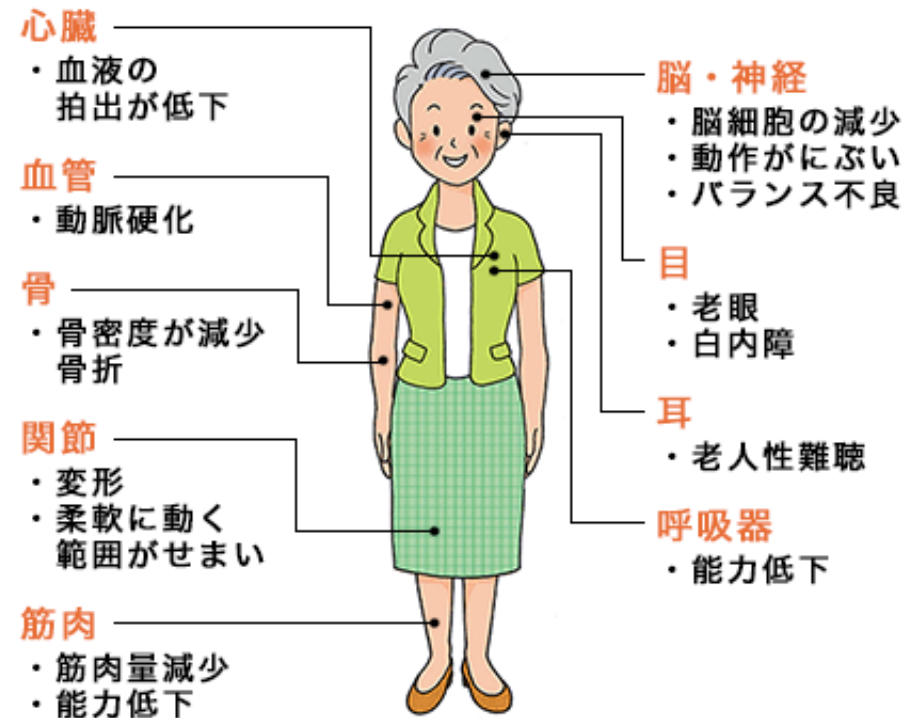
社会心理学的特性

エラーに関係ある人間の特性

生理学的特性

➤いつまでも
若いと思っても

老化で体はどう変わる!?



エラーに関係ある人間の特性

生理学的特性

➤夜明けにエラーが起こりやすい



～サーカディアンリズムの主な機能～

体温が高いとき注意力が高く、活動性も高くなり機能的に動く

体温が低いと眠気を感じ、注意力が低下する
平均的な成人は体温が夜明けに低くなる

エラーに関係ある人間の特性

認知的特性

➤多分、あれのせいだよ（こじつけ解釈）

患者取り間違い事故

手術室で患者が入れ違っていることを示す情報はいくつかあったが自分たちが納得できる解釈を行っている



散髪したん
じゃない？

エラーに関係ある人間の特性

認知的特性

➤大したことはないよ（正常化の偏見）

人間は保守的で異常を認めない傾向がある
目の前に危険が迫って来るまで、その危険を
認めようとしない



エラーに関係ある人間の特性

認知的特性

A 13 C
12 13 14

エラーに関係ある人間の特性

社会心理学的特性

➤思っているとも言えない

権威勾配が大きいと自分の意見を言うことが
難しい

人は権威を持っている人に指示命令をされると
自分の意思に反してそれに従ってしまう

エラーに関係ある人間の特性

社会心理学的特性

- みんなが言うからいいや
- 赤信号みんなで渡れば怖くない



チーム内の他のメンバーが全員、自分と異なる意見を持っているときに、自分の意見を言うことができるでしょうか。

みんながそう言うので、自分も従うことは日常の場面で起こりやすいことです

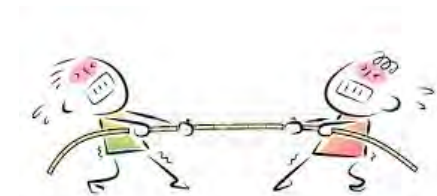
エラーに関係ある人間の特性

社会心理学的特性

➤誰かがやるだろう

自分が患者の確認をしなくても他の誰かがやってくれるだろう、と思い確認をしなかった

チームで作業をすると人は単独のときよりも働かなくなる現象 「社会的手抜き」



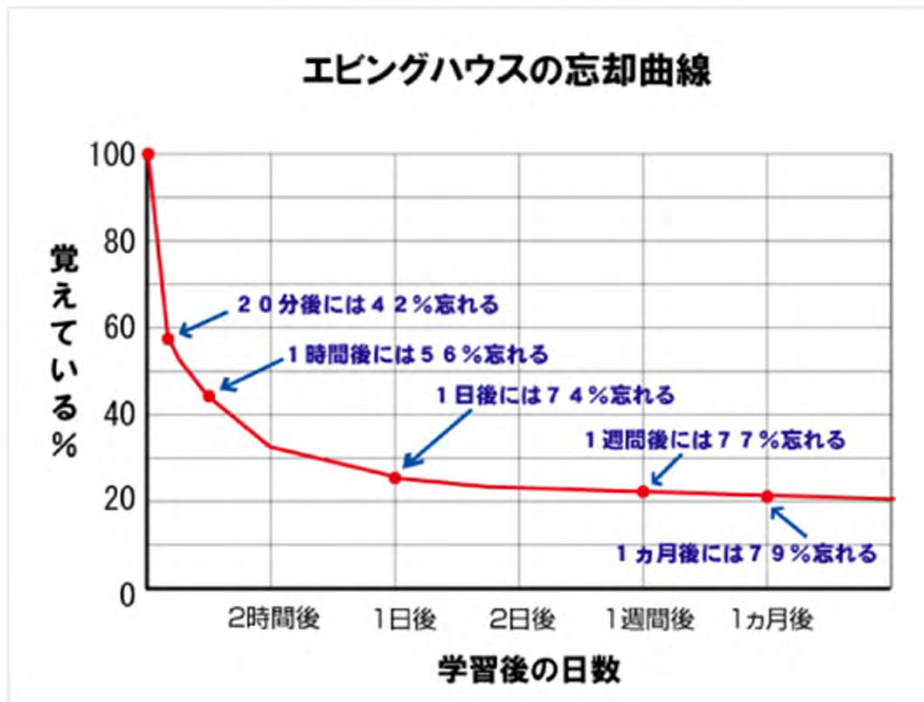
picta.jp - 5461842

エラーに関係ある人間の特性

認知的特性

➤ そんなの覚えてない

忘却曲線：2日経過すれば
1/5も残っていない

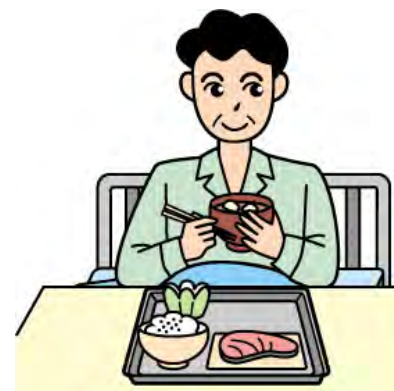


我が国の医療安全の 始まりと推移

- 1990年代の終わり頃までは、医療事故はあってはならないとされている。
- その状況が一転したのは、1999年1月11日に発生した心臓と肺の手術をそれぞれにするはずだった患者を取り間違えた事故。
- 医療界は「このような事故がどこの病院でも起こり得る」という認識をもって、医療安全に向けた取り組みをした。



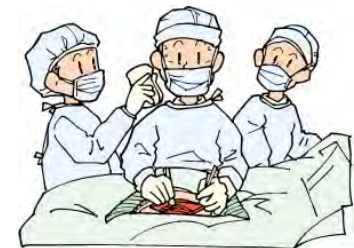
誰でも間違える



To err is human
人は誰でも間違える

「あってはならないこと」から
「起こり得ること」へ

これらを認識し、個人ではなくチームや
組織全体のあり方を改善しなければ、
事故を防止することはできない。



原子力発電

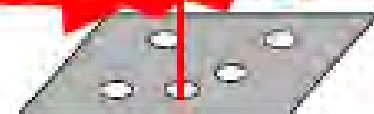
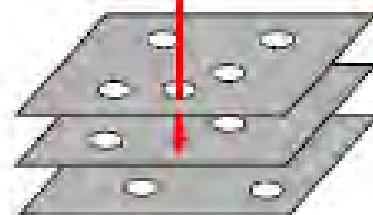
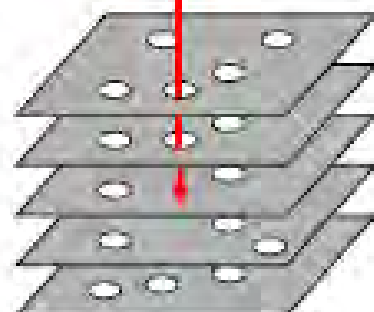
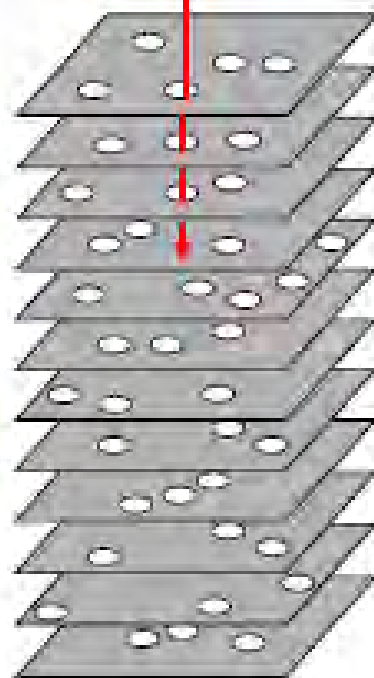
航空機

航空管制

医療

エラー誘
発要因

エラー
防護壁



しまった!

医療ではエラー誘引要因が多い

医療ではエラーが直ちに事故に
結びつく

事故



用語の定義

◇インシデント（ヒヤリ・ハット事例）

患者に実施していないが、ヒヤリ・ハットした
患者に実施されたが、被害なく観察不要

◇アクシデント（医療事故）

医療に於いて発生する、患者、医療従事者全ての人身事故。医療従事者の過誤、過失を問わない

◇医療過誤

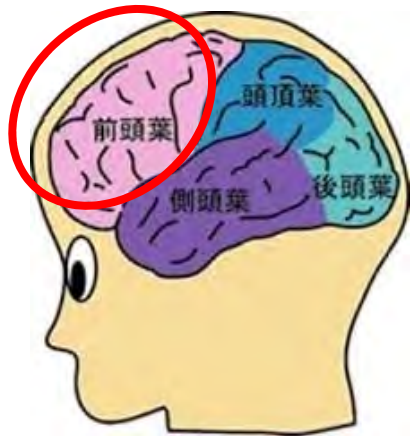
医療従事者が払う、業務上の注意義務を怠ったことにより患者被害が発生させた場合

ヒューマンエラー防止

- いつもと違う時は注意
- やるべきことが明確な場面を作る
- 指を差しながら声を出して呼称をする
- ゆっくりやる 「ゆっくりやろう！」と声をかける
0.5秒遅らせる
- 整理整頓



指差し呼称



『指差し呼称』 > 『黙読』
『指差し』
『呼称』

前頭葉における血中酸素化ヘモグロビン変化量多かった

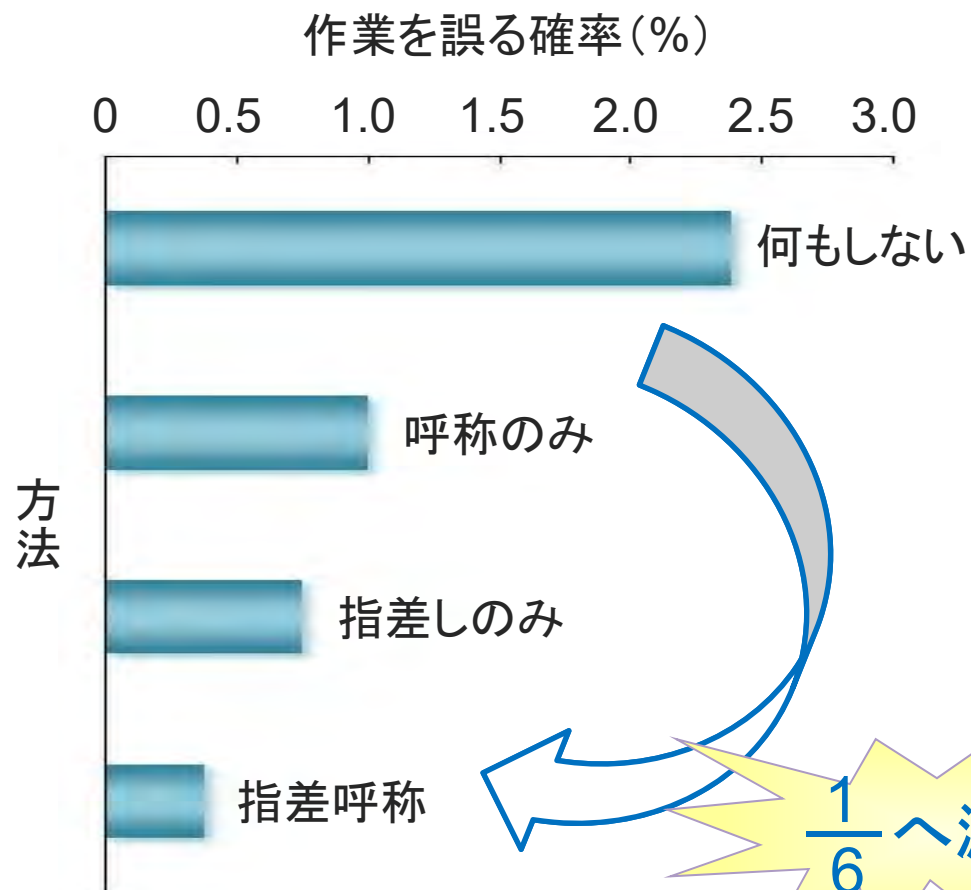
『指差し呼称』 > 『黙読』



『指差し呼称』 > 『指差し』

『指差し呼称』の方が、認知機能の活性化が図れている可能性がある

指差呼称



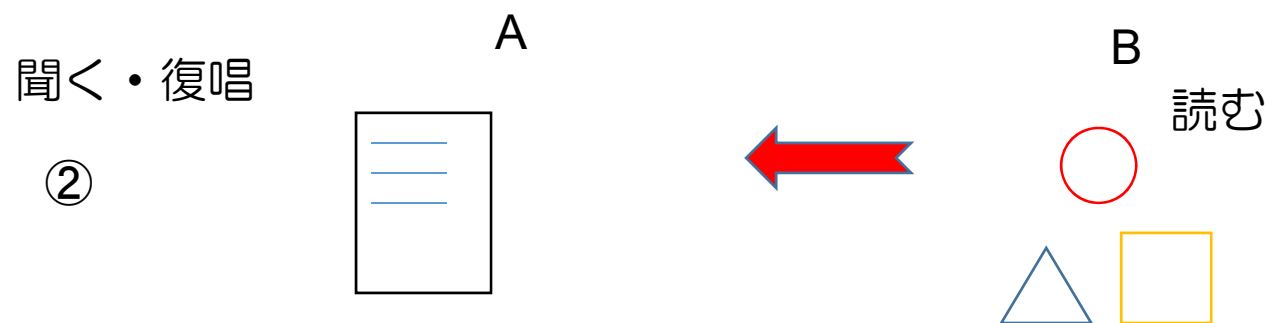
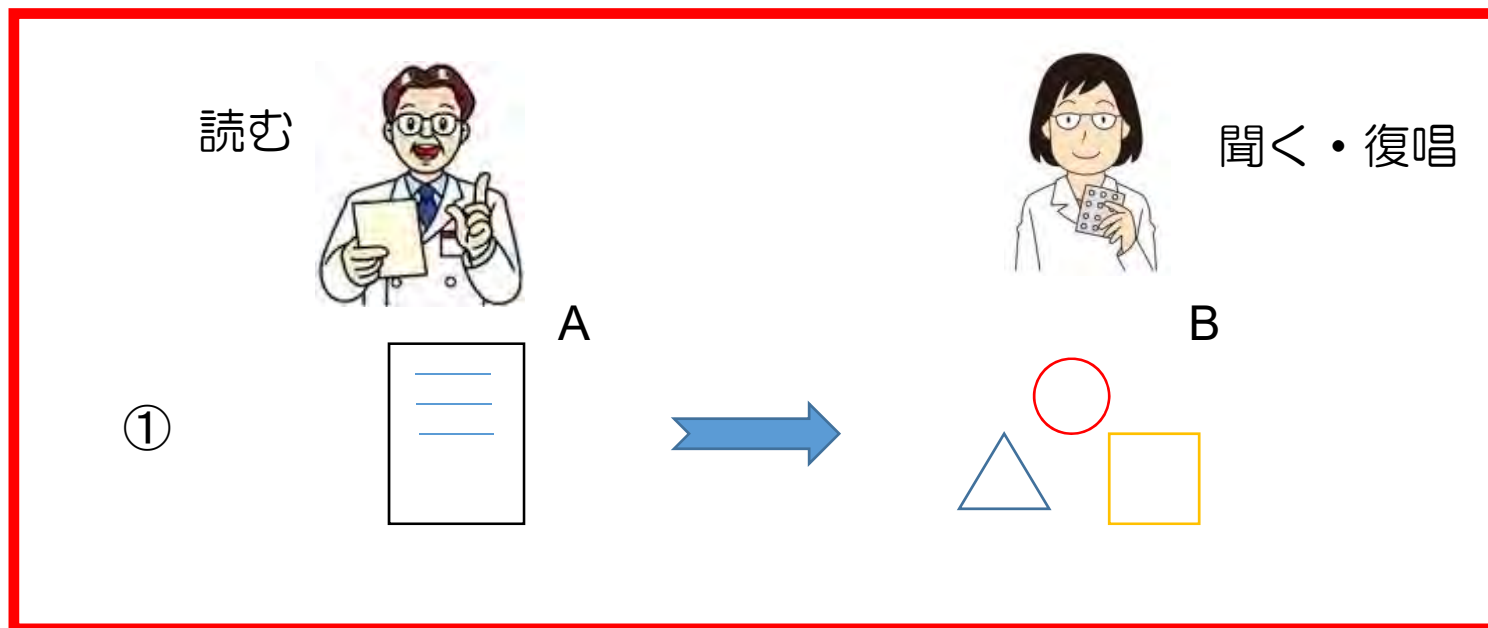
認識した対象に対して、

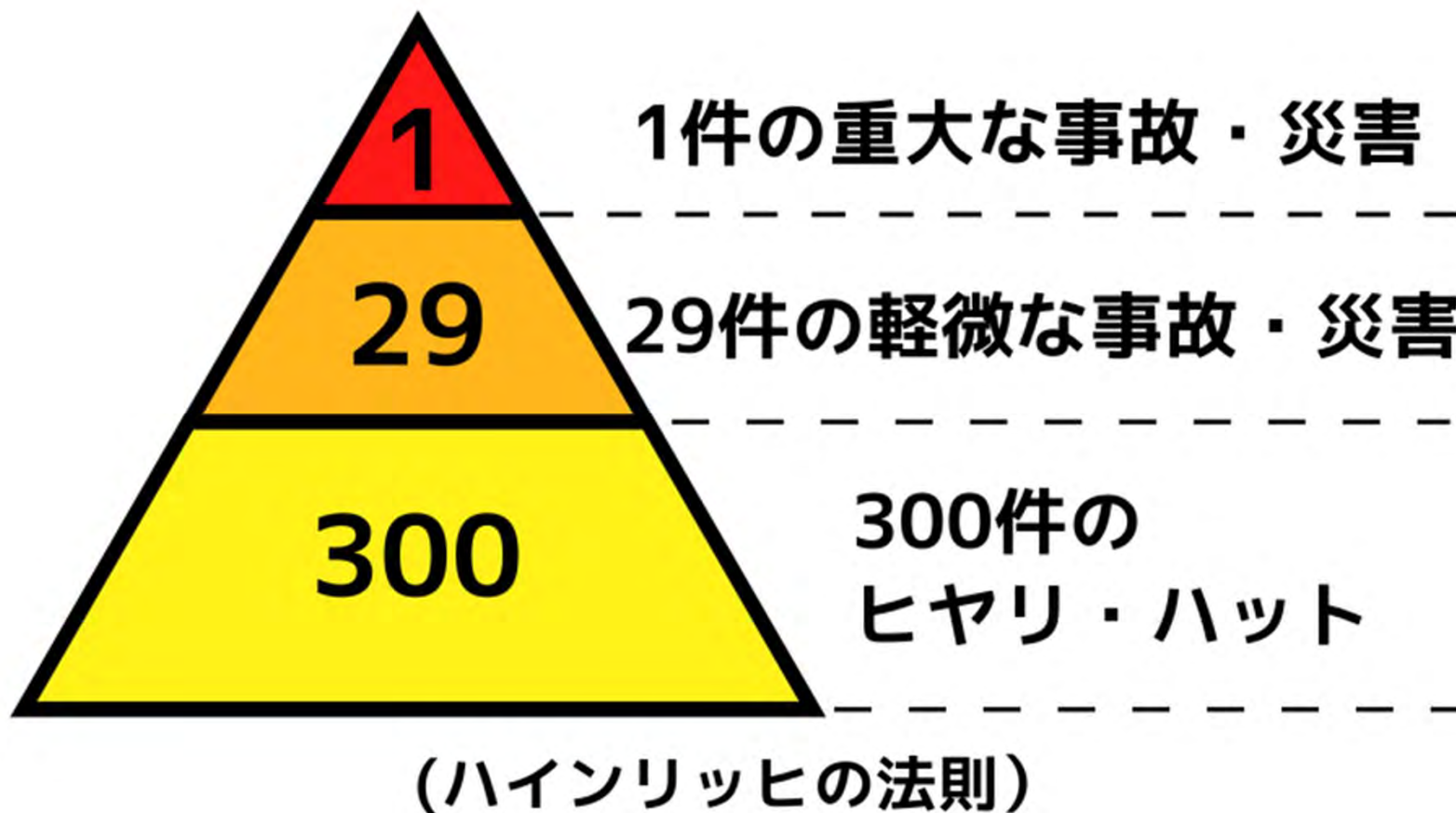
- 眼で確認
- 耳(声)で確認
- 手で確認

指差呼称により、ミスが6分の1に減少

2人でやっているけど
ダブルチェックではない
2人シングルという

2人同時双方向型

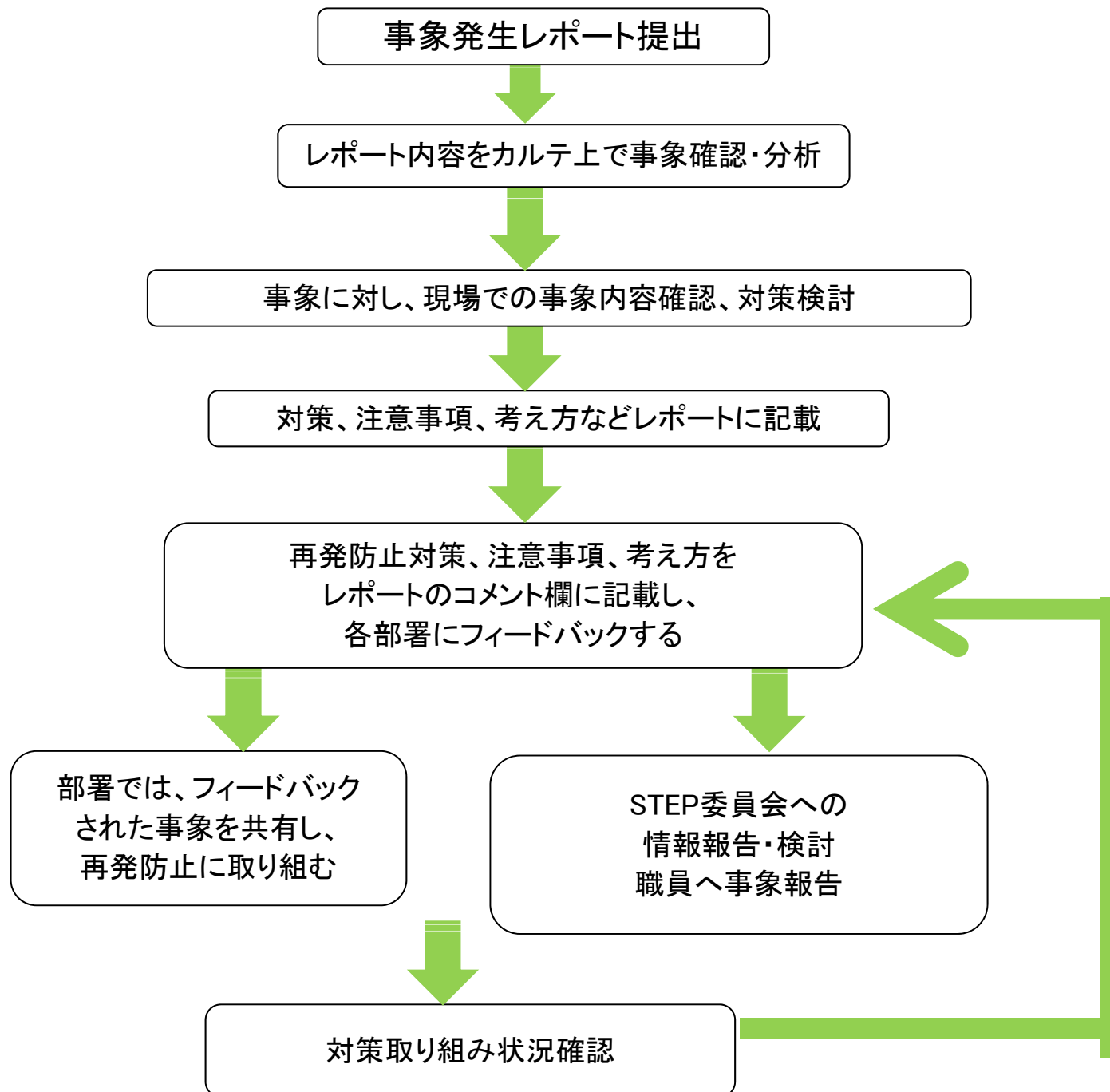




一件の大きな事故・災害の裏には、
29件の軽微な事故・災害、
そして300件のヒヤリ・ハットがあるとされ
ている。

ヒヤリ・ハット報告の重要性

- ハインリッヒの法則に従い、ヒヤリ・ハットを減らすことが重大な事故を減らすことにつながる
- 「間違えそうになった」を経験したときに対策をとっておくことで、「間違えた！」を防ぐことができる。



エラーを起こしやすい継ぎ目と変わり目

継ぎ目

- ・材料の継ぎ目
- ・構造の継ぎ目
- ・業務の継ぎ目
- ・組織の継ぎ目

変わり目

- ・量の変化
- ・構造の変化
- ・斗の変化
- ・呈の変化



☆トラブル起こる3H

はじめて・へんか・ひさしぶり

インシデントレポートの意義

- ①患者安全の確保
- ②事象の共有
- ③透明性の確保
- ④正式な支援
- ⑤システムの改善



事象

R p 1 :

バイアスピリン錠	100m g	1錠
(般)クロピトグレル錠	75m g	1錠
ネキシウムカプセル	20m g	1 C P
1日1回 朝食後		2日分

が処方されました。

保険薬局では...

用法				
1日	1回2日分			
食前	食後	食間		
朝	昼	夕	就寝前	時間毎
散剤	は	1回		包服用
錠剤	は	1回	81	錠服用
カプセル	は	1回	1	個服用



薬袋の中へばらばらで入れるのもちょっとな～



子袋に入れてあげよう

薬を小袋に入れ2日分であることを説明し、
薬袋に入れ、患者に渡しました。



しかし患者は次の日小袋の薬すべてを飲んでしまったのです。

どのようにすれば間違いは防げたでしょうか？



小袋に入れるのであれば日にち毎に薬を入れればよかったのです。

インシデントレポート:テルビナフィン液をと
らなければいけないところテルビナフィンクリ
ームをとってしまった。

[illegible]

なぜそのようなミスを起こしたか考えましょう

- よく確認しなかった。
- テルビナフィンだけに目が行ってしまった。
- 棚が近くにあった。
- 調剤した人が間違えてとっていた。
-

次回インシデントがおきないように対策を立てましょう。



インシデントレポート: スローケーとフラジールがスローケーとして調剤してあった。



なぜそのようなミスを起こしたか考えましょう

- よく確認しなかった。
- フラジールとスローケーが形が似ていた。
- 棚が近くにあった。
- 調剤した人が間違えてとっていた。
-

対策：棚を離れさせる。



Internet Explorer browser window showing the PMDA (Pharmaceuticals and Medical Devices Agency) website. The address bar displays http://www.info.pmda.go.jp/arzen_pmda/jryo_a.

The page title is "医療安全情報 | 独立行政..." (Medical Safety Information | Independent Administration...). The browser's menu bar includes "ファイル(F)", "編集(E)", "表示(V)", "お気に入り(A)", "ツール(T)", and "ヘルプ(H)".

The page header features the PMDA logo and the text "独立行政法人 医薬品医療機器総合機構" (Independent Administrative Institution, Comprehensive Institution for Pharmaceuticals and Medical Devices). A search bar is present with a "検索" (Search) button. Navigation links include "一般の皆様向け" (For the General Public), "医薬品関連情報" (Pharmaceuticals-related information), and "医療機器関連情報" (Medical Devices-related information).

The main content area is titled "医療安全情報" (Medical Safety Information). It includes a section for "PMDA医療安全情報" (PMDA Medical Safety Information) and a sub-section "PMDA医療安全情報について" (About PMDA Medical Safety Information). The text explains that the information is provided for the general public and is based on adverse events and safety concerns reported to the PMDA. It also mentions that the information is intended to be used for the safety of medical products and devices.

A sidebar on the left contains links for "一般の皆様向け" (For the General Public), "医薬品関連情報" (Pharmaceuticals-related information), and "医療機器関連情報" (Medical Devices-related information). It also includes a "サイト内検索" (Search within site) section with links for "ご利用について" (About usage), "お問い合わせ" (Contact us), "サイトマップ" (Site map), "プライバシーポリシー" (Privacy Policy), "医薬品医療機器情報提供サービス(PMDAメディアナビ)" (Pharmaceuticals and Medical Devices Information Provision Service (PMDA Media Nav)), "マイ医薬品集作サービス" (My Pharmaceutical Collection Service), and "ホーム" (Home).

The bottom of the page features a footer with the text "PMDA医療安全情報の利用について" (About the use of PMDA Medical Safety Information). It states that the information is provided for the general public and is intended to be used for the safety of medical products and devices. It also mentions that the information is intended to be used for the safety of medical products and devices.

The taskbar at the bottom shows the Windows 7 logo, several application icons, and the system clock displaying 6:36 on 2014/11/09.



[ホーム](#) | [共有すべき事例](#) | [分析テーマ](#) | [事例から学ぶ](#) | [事例検索](#) | [English](#)

事業のご案内

参加薬局一覧

参加の手引き

参加登録

事例報告
ログイン

お知らせ

▼履歴はこちらから

Facebookのご案内

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の公式Facebookは [こちら](#) からアクセスできます。

運用ポリシーはPDFをご参照ください。

[PDF](#)

2019.09.30NEW

「報告書・年報」に [2018年年報](#) と [第21回報告書](#) を公開しました。また、「事例から学ぶ」のページも更新しました。

2019.09.17NEW

2019年4月に報告された事例を「事例検索」に公開致しました。

2019.09.02NEW

共有すべき事例

共有すべき事例
検索



報告書・年報

分析テーマ

事例から学ぶ

共有すべき事例

2019年 No.7 事例1 調剤に関する事例

事 例

【事例の内容】

患者は、以前からプレドニゾン錠1mg（旭化成）を服用していた。今回の処方箋には「隔日投与」の記載があったため、薬剤師は1日おきに服用するよう説明した。薬袋には1日1回朝食後1回1錠14日分と印字され、「隔日に」あるいは「1日おきに」という記載はしなかった。後日、次の受診日まで薬が足りないと患者から電話があった。患者はこれまで通り、毎日服用していた。

【背景・要因】

薬袋に「隔日に」あるいは「1日おきに」と記載し忘れた。

【薬局が考えた改善策】

患者の記憶は時間が経つと曖昧になることがあるため、口頭で伝えるだけでなく、服用日などの情報も薬袋に正しく記載する必要がある。通常の服用方法と異なる場合は、その理由も患者に説明する必要がある。

事例から学ぶ

妊婦に禁忌の薬剤に関する疑義照会の事例

■事例の内容

30歳代女性にサイトテック錠200が処方された。患者に、処方された薬剤が妊婦には禁忌であることを伝え、妊娠を希望していることを聞き取った。処方医に連絡し、サイトテック錠200からムコスタ錠100mgへ変更することを提案したところ、薬剤変更になった。

■背景・要因

患者アンケートなどに妊娠に関する情報の記載はなかったが、薬剤を交付する際、患者から妊娠を希望していることを聞き取ることができたため、処方提案することができた。

■薬局が考えた改善策

妊婦に禁忌の薬剤が処方された場合は、患者アンケートなどに妊娠に関する情報の記載がなくても、患者に妊娠に関するヒアリングを行うことを今後も継続していく。

サイトテック錠100/200の添付文書【使用上の注意】（一部抜粋）

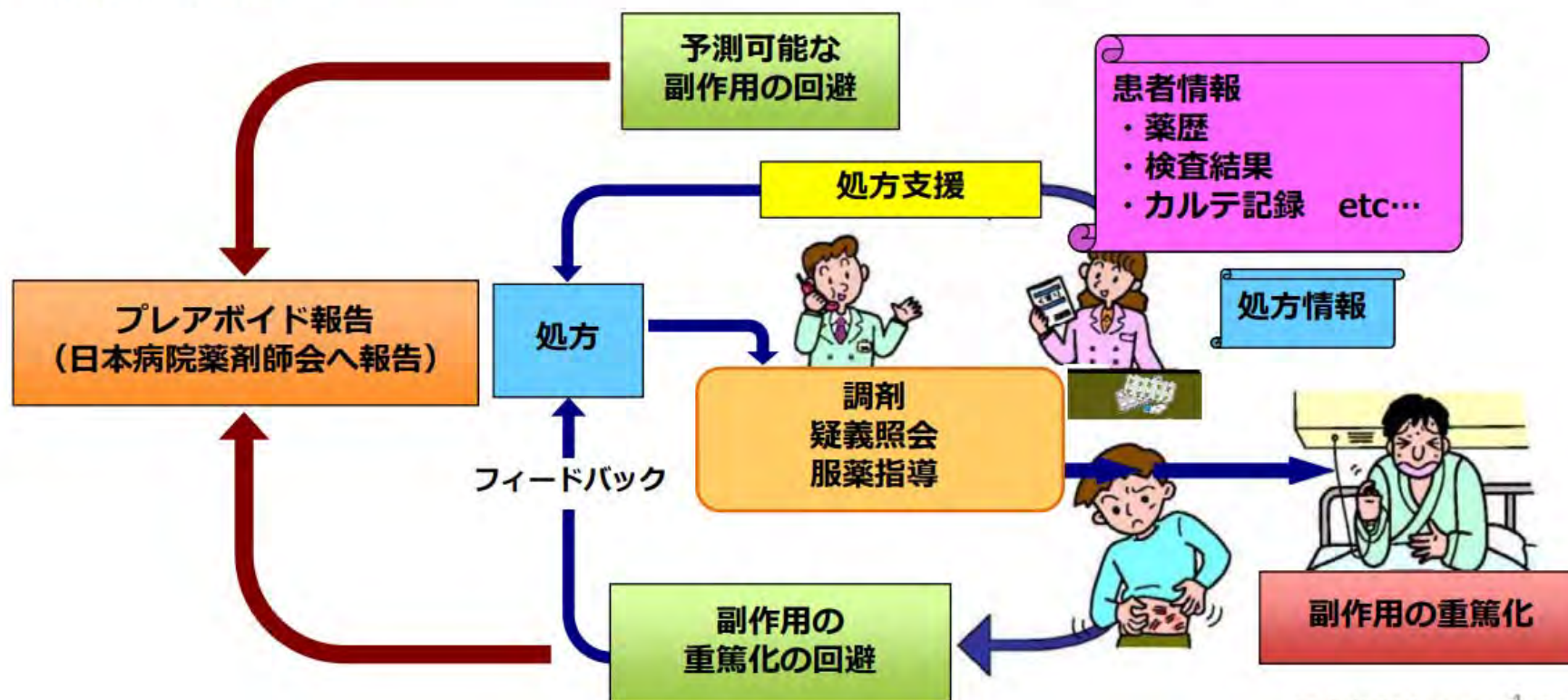
6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

（1）妊婦又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。〔本剤には子宮収縮作用があり、妊婦で完全又は不完全流産及び子宮出血がみられたとの報告がある。〕

プレアボイド

Be **PRE**pared to **AVOID** the adverse drug reactions (プレアボイド) 報告

日本病院薬剤師会では、薬剤師が薬物療法に直接関与し、**薬学的患者ケアを実践して患者の不利益**(副作用、相互作用、治療効果不十分など)**を回避あるいは軽減した事例**を“**プレアボイド**”と称して報告を収集しており、年間数千件の報告が集積されている。



事例1

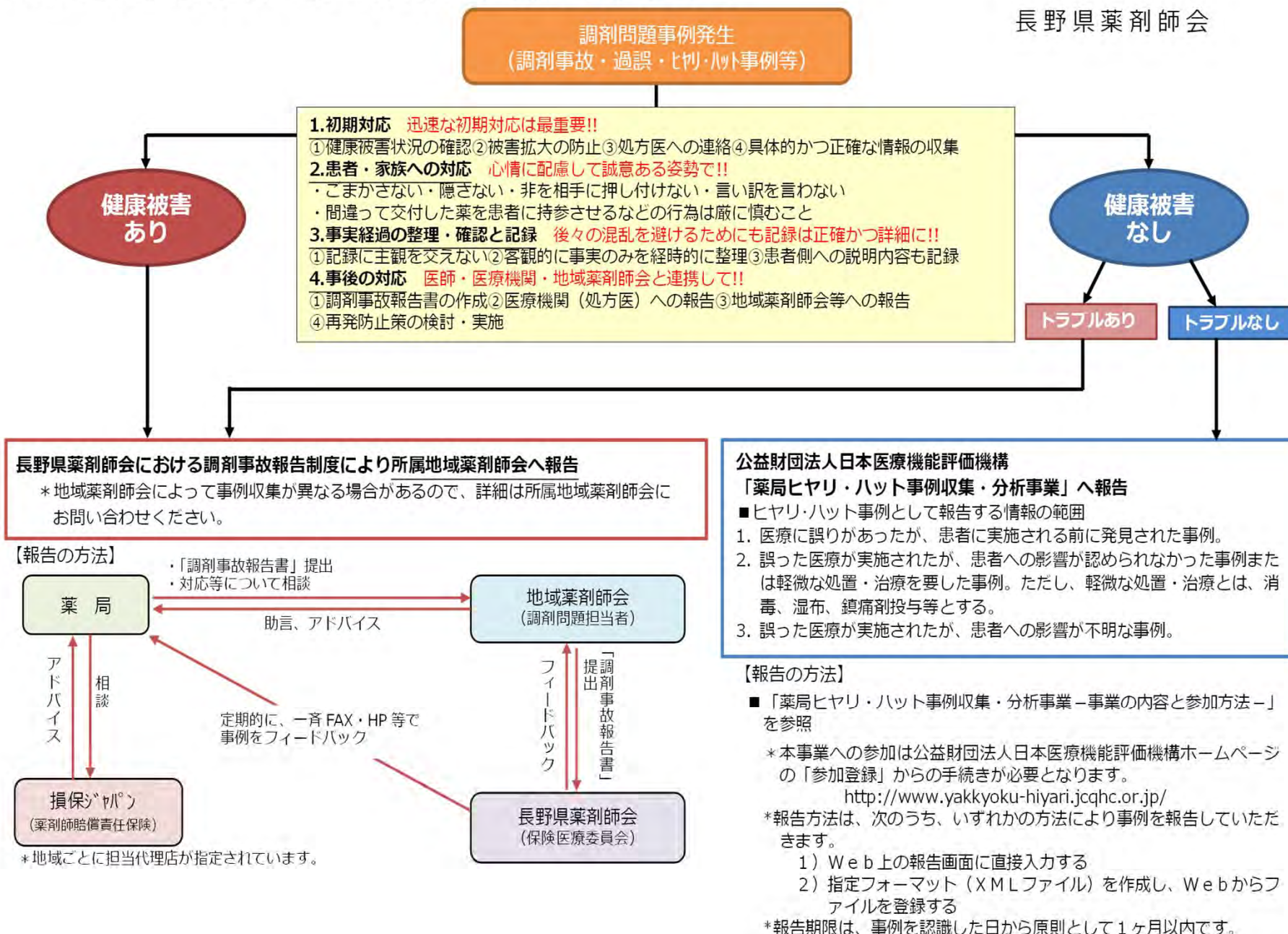
患者背景（年齢・性別）	3歳・男性
介入前薬剤→介入後薬剤	ラックビー®R散→レベニン®散
介入	患者が牛乳にアレルギーがあることを聴取した。ラックビー®R散は「牛乳に対してアレルギーのある患者」は禁忌に該当するため、医師へ疑義紹介したところレベニン®散へ変更となった。
介入内容	その他 禁忌、副作用回避

事例15

患者背景（年齢・性別）	74歳・女性
介入前薬剤→介入後薬剤	メイアクトMS®錠 100mg→なし
介入	患者は近隣の耳鼻科からメイアクトMS®錠を7日分処方されていた。お薬手帳を確認すると、同日レボフロキサシン錠が処方されており、 <u>抗生物質が重複することから近隣の耳鼻科医師へ疑義紹介したところ、メイアクトMS®錠が中止となった。</u>
介入内容	その他 誤転記/誤処方に対する介入、副作用回避

調剤問題事例（調剤事故・過誤・ヒヤリ・ハット事例）に関する報告について

長野県薬剤師会



長野県薬剤師会における調剤事故報告制度実施要領

長野県薬剤師会

〈目的〉

調剤事故を未然に防止するには、実際に発生した「調剤事故事例」を広く収集・分析し、それらの情報を共有化し、各薬局・医療機関での具体的な対策につなげることが有効である。

そのため、長野県薬剤師会として、地域薬剤師会及び会員の協力を得ながら、「調剤事故事例」を収集し、その活用を図ることとする。

〈事例の収集〉

本実施要領に基づき実施

〈対象〉

会員

〈収集する事例の範囲〉

調剤事故事例を報告の対象とする。

※インシデント事例（ヒヤリ・ハット事例）については、公益財団法人日本医療機能評価機構が実施している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告する。

〈事例収集の方法〉

「調剤事故報告書」（別紙）を用い、所屬地域薬剤師会に報告する。所屬地域薬剤師会より長野県薬剤師会へ報告する。

※薬剤師賠償責任保険制度で事故報告書を提出された場合も、併せて本報告書を提出する

〈事例の分析及び会員へのフィードバック〉

①会員から提出された事例は、本会保険医療委員会等において定期的に分析・検討を行う。

②警鐘的意義が大きいと考えられる事例については、匿名化の上、地域薬剤師会に通知する。（緊急を要する場合は、一斉FAXで会員に通知する。）

③一定期間で取りまとめ、本会ホームページ等に同内容を掲載し、会員へフィードバックする。

※各地域薬剤師会により事例の収集方法が異なることがあります。詳細や不明な点等については、所屬の地域薬剤師会へお問い合わせ下さい。

調剤事故（過誤）報告書

薬局一薬剤師会

報告日：平成 年 月 日

報告者名：		薬局名：	
TEL：		FAX：	
薬局所在地：〒			
開設者名：		管理薬剤師名：	医薬品安全管理責任者名：
当該薬剤師名：		常勤・非常勤／男・女／ 歳／調剤経験 年	
患者年齢：	歳	患者性別： 男性 ・ 女性	
調剤日時： 年 月 日 時頃		判明日時： 年 月 日 時頃	
処方内容（処方箋コピー（個人情報に係る部分は削除）を添付）・事故（過誤）の概要（疑わしい場合も含めて）：			
薬局への事故（過誤）報告者： ☐ 患者本人 ☐ 患者の家族（続柄： ） ☐ 処方箋発行医療機関 ☐ 処置した医療機関 ☐ 他薬局薬剤師 ☐ その他（ ）			
薬局への通報内容・事故（過誤）発見の経緯：			
事故（過誤）原因：			
被害者の状況（健康被害・要望・要求等）：			
事故（過誤）レベル： ☐ 観察・検査のみ必要 ☐ 治療必要 ☐ 後遺症有り（ ） ☐ 死亡			
薬局の対応：			
関係機関への連絡状況（報告先）： ☐ 都道府県薬剤師会（担当者名： ） ☐ 保健所等（ ） ☐ 警察（ ） ☐ 損保会社（会社名・担当者名： ）			
薬局の今後の再発防止策等：			

※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。

日薬版201312

まとめ

- 人は誰でも間違える
- エラー防止策：指差し呼称
- インシデントレポート、プレアボイド”
参考に
- 調剤事故起こした時には報告を