

6月22日 検討会資料

江戸川大学メディアコミュニケーション学部
北海道大学科学技術コミュニケーター養成ユニット
隈本邦彦

発表内容

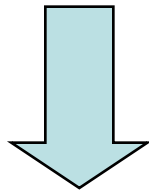
- 1) 処方せんの記載方法の問題が
どれほど事故につながっているか
- 2) 医療事故防止に向けての考え方
- 3) 抜本的・システムの対応の必要性

医療事故報告でわかるのは

2004年10月から

全国の約270病院でスタート

(国立病院, 大学病院, 特定機能病院など)



しかし

病院数では全国の約3%

あくまで自発的な報告制度

医療事故報告制度

• 04年（10月～）	2	2	4	件	
• 05年	1	1	1	4件	
• 06年	1	2	9	6件	
• 07年	1	2	6	6件	
• 08年	1	4	4	0件	
	計	5	3	4	0件
	・ ・ ・	1	病院あたり	年間	4.6件

去年の報告件数別病院数

0 件	69	9 件	5
1 件	29	10 件	4
2 件	29	11～20件	25
3 件	23	21～30件	5
4 件	17	31～40件	2
5 件	22	41～50件	0
6 件	13	51件～	3
7 件	18		
8 件	8		

自発的報告制度だけでは

- 仮に報告義務が果たされなかったとしても、その事実を知る方法がない
- 比較的単純な、わかりやすい事故ばかりが報告される傾向がある
- つまり・・・
- 我々は、事故がどれくらい起きているかその実態を知らないと考えたほうが妥当

実際の頻度はどうか

- 2006年3月厚生労働科学研究費
「医療事故の全国的頻度に関する研究」班
報告書
- 全国30病院を無作為抽出
- 協力が得られた18病院の4389冊のカルテ
を分析

分析の結果は

- 有害事象（合併症などを含む）
441例（10.0%）
- このうち医療事故にあたるものは
251例（5.7%）
- さらにこのうち「医療過誤」にあたるものは
108例（2.5%）
⇒7例が「死亡が早まった」（1/627）

1/627ということとは

- 全国の退院患者数は1500万人



単純計算をすると年間約2万4000人が
医療過誤で「死亡が早まった」

500人乗りジャンボ機が、

ほぼ毎週墜落しているのと同じ

⇒ヒト・モノ・カネをつぎ込むべき対象である

医療事故の要因は増えている

- 医療従事者の忙しさの増加
- 医療の複雑さの増加（薬剤，医療機器の種類が増加）
- コミュニケーションの不足

こうした状況の中で、
「間違いやすいシステム」は、できるだけなくして
いかなければならない

ミスが起きやすい医療現場

たとえば
こんな感じ



Gustafson氏の説明

- 高度な訓練を受けたプロ(射撃の名手)が、細心の注意を払って撃てば、十分に安全が担保されるが……
 - ⇒ 極度にあわてていたり、逆に気が緩んでいたりしたら……
 - ⇒ また、すごく疲れていたり、時間がなかつたり、同時に多くの業務をこなしていたりしたら……
 - 兵士に弾が当たる(事故が起きる)可能性

でも高度な訓練を受けたプロも

2008年9月 香川県の病院

1000例以上の体外受精を扱っていた

ベテラン医師が受精卵を取り違え

⇒妊娠した20代女性は人工中絶

おそらく一生に一度くらいしか起こさないミス

プロはめったに事故を起こさないが

気の緩みや逆に極度の緊張があると・・・

でも高度な訓練を受けたプロも

- 二歩とは同じ筋に二つの歩を打ってしまう反則で素人もあまりやらないミス
- プロ棋士とは、年間4人だけがなれる将棋界の超エリート集団
- 彼らは毎日将棋の訓練をしている
- 公式戦では全身全霊をかけて戦っている
.....ところが

NHK杯戦の2000年以降に2度

10年間で約500局
放映の中で2度発生

⇒一生に一度くらい
しかしないとんでもない
ミスというが...

そんな事故が発生する
確率は意外に高い



NHK教育「将棋の時間」より
2004年度NHK杯将棋トーナメント
豊川孝弘六段対田村康介五段戦

例えば

ある会社員が50年(20歳～70歳)

年間250日働くとすると 計12500日働く

その社員が人生に一度程度のとんでもないミスを、その日にしてしまう確率は？

$$\frac{1}{12500}$$

例えば

- その日に、その社員が
とんでもないミスを起こさない確率

$$1 - \frac{1}{12500} = 0.99992$$
$$= 99.992\%$$

⇒ 客は安心して商品を買える

でも30人の社員がいる会社なら

この会社での日無事故の確率は？

$$(0.99992)^{30} = 0.9976$$

99.76%に低下

では1年間無事故で過ごせる確率は？

$$(0.9976)^{365} = 0.4160$$

⇒41.6%に低下

徳島県2008年K病院の事故

当直医が「サクシゾン」と入力したつもりで、実際には「サクシン」投与が指示された事故



看護師が薬剤部に薬液を取りに行き、アンプルを見て筋弛緩剤であることに気づき、当直医に「サクシンってどれくらいの時間かけていったらいいんですか？」と尋ねた。サクシゾンと聞こえた医師は「15から20分かけていって」と指示し、サクシンの投与が実施された。

K病院の安全対策

- サクシンとサクシゾンの取り違い事故防止のため、サクシゾン薬剤リストから削除していた
- しかし当直医は、その事実を知らなかった
- 最初の2文字で、薬剤名が出るシステムはそのままにしていた
- 薬剤部は、この薬を何に使うか、十分把握していなかった 200mg(5本)なのに

事故後の対応

- 病院が謝罪
- 県が再発防止指導
- 警察が捜査 医師らを事情聴取
- 県が立ち入り検査
 - ⇒ サクシンを削除
 - ⇒ 毒薬や劇薬を時間外に処方する場合
医師・薬剤師間で電話確認義務付け

事故を起こした人を責める発想

- 司法側の発想

事故を起こした人を責め罰することで
再発防止を図る ⇒ 一罰百戒？

- 医療側にも似たような発想がある

医療関係者は高度な訓練を受けたプロ
だから失敗は許されない

⇒「気をつけろ。二度としないように」

⇒さらに訓練へ

メーカーによる対応

注意喚起を促す チラシの配布

サクシン®と**サクシゾン®**は名称が類似している為、誤処方による事故やヒヤリ・ハット事例が発生しております。特にオーダーリングシステムでの入力ミスや処方せん誤読あるいは口頭指示受け時の思い違いがその原因として報告されております。ご使用の際には、今一度ご注意いただきますようお願い申し上げます。

サクシン®は
毒薬の筋弛緩剤です。

アンプル入り注射液

サクシン注射液20mg
20mg/2mL

サクシン注射液40mg
40mg/2mL

サクシン注射液100mg
100mg/5mL

毒薬、指定医薬品、処方せん医薬品
(注意・医師等の処方せんにより使用すること) **筋弛緩剤**

日本薬局方 **スキサメニウム塩化物注射液**
サクシン®注射液 20mg
40mg
100mg

Succin®

効能・効果、用法・用量、警告、取扱い等、使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

 アステラス製薬株式会社

サクシゾン®は
副腎皮質ホルモン剤です。

バイアル入り凍結乾燥剤 アンプル入り注射液付

サクシゾン®100 2mL

サクシゾン®300 5mL

サクシゾン®500 5mL

サクシゾン®1000 10mL

指定医薬品、処方せん医薬品
(注意・医師等の処方せんにより使用すること)

水溶性 **ヒドロコルチゾン**製剤
サクシゾン® 100, 300
500, 1000

SAXIZON

効能・効果、用法・用量、禁忌、取扱い等、使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

 興和株式会社
興和製薬株式会社

でも

- 注意していても事故は何年かに一度起きる
- そのたびに、患者が傷つき、医療者も傷つく
- 同じお金をかけるなら、サクシンかサクシゾンかどちらかの名前を変更するほうがいいのでは？

システムの対応の成功例



- 塩酸リドカイン
(キシロカイン)には
10%液と2%液が
あった



取り違えの注射ミスが
さまざまな病院で
多発していた

取り違え事故の事例

2004年4月 K大学病院

76歳女性患者に不整脈がみられたため、当直の研修医が塩酸リドカインを静脈注射2%製剤を使わなければならなかったのに、誤って10%製剤を注射。患者は心停止、2時間後に死亡。

看護師が「点滴用と書いてありますが・・・」
研修医は2種類あることを知らなかった

そのときの注射薬のラベル



- 事故の2ヶ月前に表示が改善されていたが
- 2種類あることを知らない人には無効だった

それまでにも事故は多発していた

- 朝日, 毎日, 読売3紙を検索(1984年以降)
- 1988年 1件 埼玉所沢
- 1994年 2件 埼玉春日部, 福岡北九州
- 2001年 1件 岡山
- 2002年 1件 青森弘前
- 2003年 4件 北海道旭川 東京文京区
静岡浜松 京都

リドカイン事故の根絶

- アストラゼネカ社は2005年秋に
- 10%製剤を全面販売中止に
- 2006年以降, 取り違え事故の報道はゼロ
事故の原因を絶つ「あるべき姿」
他にも輸液チューブの形状変更
麻酔ガスバルブのピンなど

まとめ

- 事故は我々が知っている以上に起きている可能性がある
- 医療界には伝統的に「高度なプロとして失敗は許されない」⇒「さらに注意, 訓練」という考え方があある
- しかし, 事故を減らすためには, 失敗をしようとしてもできないくらいの抜本的・システムの的な対応が必要

提言

- 1回服用量，総量表記に統一する
- 処方せんの手書を改訂して，それ以外の記載がしにくいようにする

例)

薬剤名

1回量

mg × 1日

回

必ず@を使うというようなルールもありうる

追加提言 将来に向けて

- 処方せんに病名を書くことにしてはどうか
- 疑義紹介のしにくさを改善できないか