

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

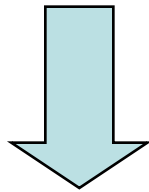
- 1) 処方せんの記載方法の問題が
どれほど事故につながっているか
- 2) 医療事故防止に向けての考え方
- 3) 抜本的・システムの対応の必要性

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え事故防止のため、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