

報告書では、テーマを選定した集計・分析も行っています。これまでに、手術における異物残存、薬剤に関連した医療事故、医療機器の使用に関連した医療事故など、表2に示すテーマを取り上げました。

表2 分析テーマ一覧

- ・手術における異物残存
- ・薬剤に関連した医療事故
- ・医療機器の使用に関連した医療事故
- ・医療処置に関連した医療事故
- ・患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
- ・検査に関連した医療事故
- ・小児患者の療養生活に関連した医療事故
- ・リハビリテーションに関連した医療事故
- ・輸血療法に関連した医療事故

薬剤に関する医療事故は、件数が多いこともあり、ヒヤリ・ハット事例とともに、毎回テーマとして取り上げています。表3、表4に平成19年年報に掲載した集計・分析表を示します。薬剤に関する医療事故やヒヤリ・ハットの種類は「薬剤量間違い」や「薬剤間違い」の事例が多くなっています。「薬剤間

表3 薬剤に関する医療事故の発生状況

	薬剤 間違い	薬剤量 間違い	方法間違い			速度 間違い	対象者 間違い	その他	合計	
			経路	濃度	日数					
発生 段階	指示段階	3	18	0	0	2	0	1	6	30
	指示受け・申し送り段階	0	1	0	0	0	0	0	1	2
	準備段階	12	6	0	0	0	0	1	2	21
	実施段階	8	5	4	1	0	3	8	4	33
	実施後の観察および管理段階	0	0	0	0	0	0	0	6	6
	その他	0	1	0	0	0	0	0	5	6
	合計	23	31	4	1	2	3	10	24	98

表4 薬剤に関するヒヤリ・ハットの発生状況

	薬剤 間違い	薬剤量 間違い	方法間違い			速度 間違い	対象者 間違い	その他	合計	
			経路	濃度	日数					
発生 段階	指示段階	20	99	3	0	7	1	6	61	206
	指示受け・申し送り段階	16	63	1	1	0	22	0	108	211
	準備段階	280	284	0	5	11	15	40	359	994
	実施段階	82	175	24	2	4	371	70	755	1483
	実施後の観察および管理段階	0	3	0	0	0	51	0	71	125
	その他	1	9	0	0	0	0	0	200	210
	合計	408	633	28	8	22	460	116	1554	3229

違い」は、名称が類似していた、効能が類似していた、外観が類似していた、といった要因で発生した医療事故やヒヤリ・ハットが含まれます。平成18年年報(148～155頁)や医療安全情報 No.4 に具体的な薬剤名を掲載していますので、参照してください。また、発生段階では、医療事故は「指示段階」、「準備段階」、「実施段階」が多く、ヒヤリ・ハットは「実施段階」、「準備段階」がとくに多くなっています。

また、報告書には対象とする3ヶ月間あるいは1年間に発生した事例のなかから、とくに重要な事例を、共有すべき医療事故情報として5～10事例程度掲載しています。このような情報提供を行った後も、類似事例が報告されることがあることから、そのような事例については、再び報告のあった共有すべき医療事故情報として別途掲載することとしています。薬剤師の皆さんには、共有すべき医療事故情報の部分を読んでいただくことにより、繰り返し発生している薬剤に関する事例などをよく知ってもらい、職員の皆さんに周知していただければと思います。

医療安全情報の提供について

2006年(平成18年)12月より、定期報告書のなかで共有すべき医療事故情報として取り上げた事例のなかから、とくに周知すべき情報を提供すること

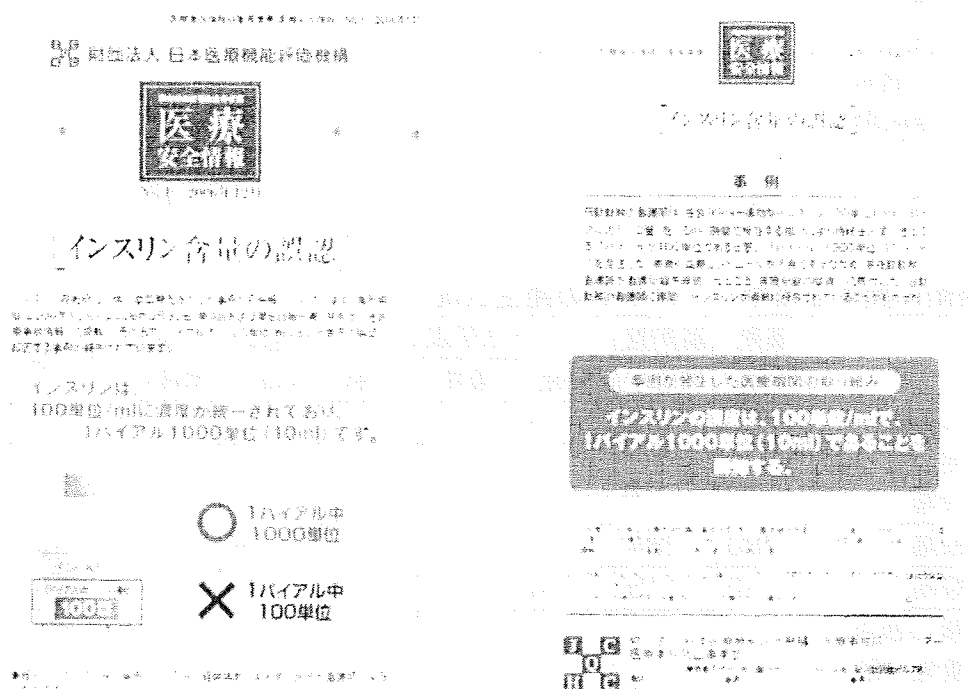


図1 医療安全情報

により、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的として、医療安全情報を作成、提供することを始めました。この情報は、事業に参加している医療機関や情報提供を希望した病院、合計約 4200 医療機関に対して、毎月 1 回程度ファクシミリによる提供を行うとともに、同日 WEB サイトにも掲載しています。図 1 は、2006 年(平成 18 年) 12 月に提供した情報です。医療安全情報は、定期的な報告書とは異なり、情報を絞り込み、視認性にも配慮して、1 頁目にイラストや図を取り入れたり文字を大きくすることによって、医療の現場で忙しく業務に従事している方々に、短時間で理解できる内容として作成しています。2 頁目には、実際に報告のあった事例の概要をいくつか掲載する

表 5 医療安全情報一覧

号	発行年月	内容
No.1	2006 年 12 月	インスリン含量の誤認
No.2	2007 年 1 月	抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制
No.3	2007 年 2 月	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔
No.4	2007 年 3 月	薬剤の取り違い
No.5	2007 年 4 月	入浴介助時の熱傷
No.6	2007 年 5 月	インスリン単位の誤解
No.7	2007 年 6 月	小児の輸液の血管外漏出
No.8	2007 年 7 月	手術部位の左右の取り違い
No.9	2007 年 8 月	製剤の総量と有効成分の量の間違い
No.10	2007 年 9 月	MRI 検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み
No.11	2007 年 10 月	誤った患者への輸血
No.12	2007 年 11 月	患者搬送中の接触
No.13	2007 年 12 月	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ
No.14	2008 年 1 月	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続
No.15	2008 年 2 月	注射器に準備された薬剤の取り違い
No.16	2008 年 3 月	2007 年に提供した医療安全情報
No.17	2008 年 4 月	湯たんぼ使用時の熱傷
No.18	2008 年 5 月	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い
No.19	2008 年 6 月	未滅菌の医療材料の使用
No.20	2008 年 7 月	伝達されなかった指示変更
No.21	2008 年 8 月	血糖測定器の使用上の注意
No.22	2008 年 9 月	化学療法の治療計画の処方間違い
No.23	2008 年 10 月	処方入力の際の単位間違い
No.24	2008 年 11 月	人工呼吸器の回路接続間違い
No.25	2008 年 12 月	診察時の患者取り違い
No.26	2009 年 1 月	血糖測定器への指定外の試薬の取り付け
No.27	2009 年 2 月	口頭指示による薬剤量間違い

ようにしています。法令に基づく医療事故の報告が本事業の基盤となっていることから、報告された事例を基本として、ほかの情報を追加せずに作成するようにしています。本稿執筆時点では、表5に示すとおり、27回の情報提供を行いました。一見すると、「自分の施設ではこのような事例は起こらないだろう」、「自分はこのような事例の当事者とはならないだろう」と思うような基本的な内容が原因の事例が、医療機関の大小を問わず発生しているという現実があります。本事業は、広くわが国の医療安全の向上を目的としていますので、診療所や助産所から病院まで、できるだけ多くの医療機関で活用いただけるような情報を作成することも心がけています。2008年(平成20年)3月には、過去1年間に取り上げた事例を再度掲載し、併せて情報提供後に発生した類似事例の件数を掲載した情報を提供しました(図2)。このように、同じ情報であっても、繰り返し情報提供していくことも重要であると考えています。医療法の改正に伴い、病院、診療所、助産所では、医療安全のための職員研修が必要となっています。この医療安全情報を活用して、院内で医療安全情報に示す事例の発生を防ぐしくみが備わっているか、毎月考えてみることもよいのではないのでしょうか。また、医療機関のなかで、職員の皆さんがよくご覧いただけ

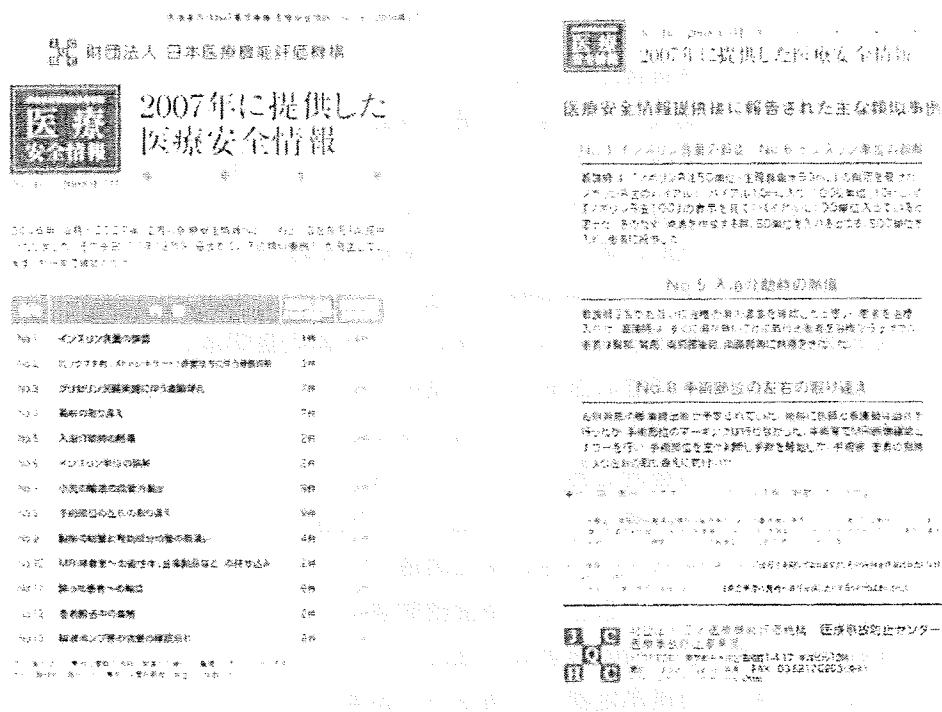


図2 事例を再度掲載した医療安全情報

る場所に貼っておいてはいかがでしょうか。今後とも医療安全情報を活用していただければたいへん幸いです。

研修会の開催

当事業では、毎年3回程度研修会も実施しています。研修には、当事業の周知を図り、適切な報告をお願いすることのほか、根本原因分析法(RCA：root cause analysis)を用いた医療事故事例の分析の演習や、業務工程図を活用した組織のシステムの改善の演習があります。研修会で活用した資料やプログラム、研修会後のアンケート調査結果を報告書¹⁾や年報²⁾に掲載していますので、参照していただき、医療機関内で実施される研修などに活用いただければ幸いです。

おわりに

基本的な医療行為や確認行為などに関する予防可能な医療事故が発生しているのが現状です。今後とも医療界や社会の理解、協力をいただきながら、よりよい情報提供ができるよう、当事業の充実に取り組んでいくこととしています。

●文献

- 1) 医療事故情報収集等事業 第15回報告書(http://www2.jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report_15.pdf)
- 2) 医療事故情報収集等事業 平成19年年報(http://www2.jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/year_report_2007.pdf)

(後 信)

