

<はじめに>

人の命を救うために日々医療関係者は粉骨砕身働いている。患者さんにとって、よりよく過ごせるためにできる限りの努力をしている。しかしながら、医療行為そのものは諸刃の剣であり、使用状況や方法を間違えてしまえば取り返しのつかない事態に陥ってしまうことも事実である。1999年アメリカのInstitute of Medicineによる「To Err is human¹」というレポートの中で、投薬ミスや医療過誤により毎年4.4 - 9.8万人もの死亡例を生じると報告された。その数は、交通事故や乳がんよりも多い数であり²、医療行為そのものの危険性がクローズアップされた。日本においては同種の報告は稀であるが、森本らより入院患者100人あたり29件も薬による健康被害があったと報告³され、本邦においても医療行為の危険性は注視されるところである。

さて、医薬品は十分に安全性のチェックを経た上で世に出されるが、それでも個人個人の反応は様々であり、万人にとって必ずしも100%安全ということはない。罹患する疾患によって副作用が出やすくなることもあろうし、内服薬の組み合わせによりその相互作用から重篤な結果を生むこともある。また、薬物のみならず食物や環境要因に対するアレルギー反応により、他の人には全く安全な物質であっても、ある特定の人にとっては致命的となりうる病態もある。そのことは医療関係者ならずとも周知のところである。

医療関係者であれば患者を治療する際に少しでもリスクを下げ、より効率的に治療を行いたいと思うはずであり、そのために既往歴や家族歴等、患者背景を把握するための問診や経過記録はとても重要である。本研究では、その問診や経過記録によって得た情報、特にアレルギー情報、がどのように院内で共有され、またこのIT化が進むなか、どのように取り扱われているか調べるため、全国600床以上の病院にアンケートを行った。その結果は多くの病院で同様の傾向と問題点を孕んでおり、その問題に対する回答が必要であるとの認識に至った。回答を準備するにあたり、本院においてワーキンググループを設置、複数診療科・複数職種間での討議を経て案を提出し、当院病院情報システムでシステム改修を行った。これに加え、禁忌の取り扱い、他院での例、国外での例、ベンダーの標準機能等を調査した。最終的目標はタイトルにある通り「標準化」であり、本邦における医療情報としての「標準化」、そして電子カルテ機能における「標準化」へと議論が発展していくことを強く望む。

本研究に理解を示し、研究費を援助してくださった厚生労働省、またお忙しい中アンケートに答えてくださったり、見学対応をしていただいた各病院の関係者にこの場をかりて厚く御礼申し上げます。

参考文献：

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Mokdad, Ali; James Marks, Donna Stroup, Julie Gerberding. Actual Causes of Death in the United States. JAMA 2000;291 (10): 1238-45
3. Incidence of adverse drug events and medication errors in Japan: the JADE study. Morimoto T, Sakuma M, Matsui K, Kuramoto N, Toshiro J, Murakami J, Fukui T, Saito M, Hiraide A, Bates DW. J Gen Intern Med. 2011;26(2):148-53.