

病院・薬局における薬剤に関する医療事故、 ヒヤリ・ハット事例の実態

宮 原 裕

On the Situation of Medical Malpractice Involving Drugs in Hospitals and Pharmacies

Hiroshi MIYAHARA

Abstract

Over the past several years, there have been calls to improve medical risk management systems in medical institutions. Medication-related clinical incidents can occur at any point in the system from prescribing to medication supply and administration. An analysis of the occurrence of medication-related incidents and accidents was conducted using annual reports on medical errors in Japanese hospitals and pharmacies reported to the Japan Council for Quality Health Care for the period 2010 - 2013. Medication-related incidents accounted for one-third of all incidents reported. Therefore, in medical safety management, it is not only desirable to provide a support system for the administration of medications but also to raise the awareness of pharmacists that they are important members of medical care teams.

Key words: medical error, medicine, medication, medical safety management, pharmacists

はじめに

病院においては日々種々の診療上の医療事故やそこ迄に至らないヒヤリ・ハット事例が発生しているのが現状である。そこで最近では日本医療機能評価機構により国立病院機構や自治体所管の医療機関などの施設から毎年医療事故発生やヒヤリ・ハット事例の報告が集計され注意喚起がなされている^{1,2)}。とくに、薬剤に関しては同施設からはもちろん一般薬局からの報告も集計されている。そこで今回、日本医療機能評価機構による2013年の報告事例を詳細に分析すること、および著者の所属した大阪府立急性期・総合医療センター（地方独立行政法人大阪府立病院機構）における薬剤に関する医療事故、ヒヤリ・ハット事例の状況について医療安全管理委員会の協力のもとに検討したので報告する。

I. 方 法

日本医療機能評価機構による医療事故の報告義務がある国立病院機構や自治体所管の医療機関および参加登録医療機関などから2013年に報告された医療事故報告、ヒヤリ・ハット事例報告¹⁾、

同じく日本医療機能評価機構による薬局でのヒヤリ・ハット事例²⁾ (2013年)を検討対象とした。また、大阪府立急性期・総合医療センターにおける医療事故、ヒヤリ・ハット事例報告からとくに薬剤に関する事例に注目して事例の分析を行った。

Ⅱ. 結 果

1) 医療機関における医療事故報告 (2013年, 日本医療機能評価機構による¹⁾)

医療事故の報告義務がある国立病院機構や自治体所管の医療機関など274施設からの2,708件および参加登録医療機関691施設からの341件 (計3,149件) の報告があった。その事故の程度で「死亡」は276件 (9.1%), 「障害残存の可能性が高い」ものは301件 (9.9%), 「障害残存の可能性が低い」ものは825件 (27.1%), 「障害残存の可能性なし」は825件 (27.1%), 「障害なし」は705件 (23.1%) で, 「不明」は117件 (3.8%) であった。

事故の概要としては「療養上の世話」で発生したものが最も多く1,137件 (37.3%), 「治療・処置」で生じたものは818件 (26.8%), 「処方量, 投与量の間違い, 薬剤の間違い」など薬剤によるものは233件 (7.6%) などであった。また, 発生要因に関しては複数回答で「確認を怠った」は1,025件 (12.4%), 「観察を怠った」は830件 (10.0%), 「判断を誤った」は896件 (10.8%), 「患者側」にあったのは802件 (9.7%), 「教育・訓練」であったのは518件 (6.3%) などであった。

薬剤に関する事故 (233件) の内容では, 過剰投与が31件で最も多く, 処方量間違い14件, 薬剤間違い13件, 患者間違い12件, 投与速度速すぎ11件などであった。その当事者の行動に関わる要因としては, 確認を怠った (165), 判断を誤った (53), 連携ができていなかった (46), 観察を怠った (29) などであった。また, 知識が不足していた (59), 勤務状況が繁忙だったなどのヒューマンファクターもみられた。

2) 医療機関におけるヒヤリ・ハット事例 (2013年, 日本医療機能評価機構による¹⁾)

全国の561医療機関からの報告で, 計609,082件であった。2010年の560,024件より若干増加していた。

事例の概要としては, 「薬の種類や処方量を間違える」などの薬剤関連が201,853件で33.1%を占め最多であった。次いで, リハビリ中の転倒など「療養上の世話」で発生したものの138,224件 (22.7%), 栄養補給チューブの接続ミスなどの「ドレーン・チューブ類の使用・管理」にみられたものが94,465件 (15.5%) などであった。もし事故につながれば死亡もしくは重篤状態に至ったと考えられる事例が1,580件あった。

3) 薬局でのヒヤリ・ハット事例 (2013年, 日本医療機能評価機構による事例収集・分析事業²⁾)

全国の参加薬局7,747軒からの報告としては5,820件であった。その内訳は「調剤」に関するものは5,017件 (86.2%), 「疑義照会」に関するものは782件 (13.4%), 「特定保険医療材料」に関するものは15件 (0.26%), 「医薬品の販売」に関するものが6件 (0.1%) であった。

ほとんどを占めていた「調剤」の内訳では, 「数量間違い」によるものが1,644件 (32.8%), 「薬剤取違い」によるものが893件 (17.8%), 「規格・剤形間違い」によるものが711件 (14.2%), 調剤忘れ286件 (5.7%), 処方箋監査関連211件 (4.2%) などであった。

発生要因については複数回答で, 「確認を怠った」というものが最も多く4,161件, 「勤務状況が繁忙だった」というものが1,722件, 「判断を誤った」ものが1,106件などであった。

事例の分析項目については平成25年年報では名称類似に関するヒヤリ・ハット, 一般名処方

関するヒヤリ・ハット，ハイリスク薬に関するヒヤリ・ハット，疑義照会に関するヒヤリ・ハット，同種同効薬に関するヒヤリ・ハット，医薬品添付文書上の禁忌に関するヒヤリ・ハット，糖尿病用薬に関するヒヤリ・ハットの観点から分析が行われている（薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析 平成25年年報²⁾）。

「調剤」に関する「事例の内容」の項目で「薬剤取違い」事例893件に記載されている医薬品名について、「処方された医薬品」と「間違えた医薬品」の組み合わせで、名称類似に関する事例は227件（25.4%）であり、その分析が行われている。うち、販売名の頭文字が文字として2文字のみ一致している医薬品の事例は55件（6.2%），3文字以上一致している医薬品の事例は153件（17.1%），その他の販売名が類似している医薬品の事例は19件（2.1%）であり、頭文字が3文字以上一致している医薬品の事例の割合が最も多かった。平成24年年報でも、「薬剤取違い」の事例1,005件のうち、頭文字が2文字のみ一致している医薬品の事例は82件（8.2%），3文字以上一致している医薬品の事例は177件（17.6%）であり、3文字以上一致している医薬品の事例の割合の方が多かった。平成25年は、平成24年と比較して、「薬剤取違い」の事例に占める、頭文字が2文字のみ一致している医薬品の事例の割合、および3文字以上一致している医薬品の事例の割合はほぼ同等であった。

一般名処方が一昨年から推進されてきたが、そのため一般名処方に関するヒヤリ・ハットも生じている。

4) 大阪府立急性期・総合医療センターにおける医療事故の状況について

大阪府立急性期・総合医療センターでは、2007年3月に制定した「大阪府立病院機構医療事故公表基準」に基づき、医療センターにおいて発生した医療事故について公表することとしている。府民に府立の病院の医療情報を積極的に提供することで、医療の透明性を高めるとともに、医療の安全管理に資することを目的に制定されたものである。その公表基準は、3b以上の過失のない医療事故および施設内で起きた医療行為とは直接関係のない事故も含まれる（参照:表1. 患者影響レベル）。職員については、医療実施上エラーが生じた際には影響レベルに応じて、必ずしかなるべき報告先（所属長，主治医，医療安全管理室，診療部長，看護部長など）に報告するとともにインシデント，アクシデント報告を情報システムからすみやかに入力することとなって

表1. インシデント・アクシデントの分類基準（患者への影響レベル基準）

分類	患者への影響度	内 容
イ	レベル 0	間違ったことが患者に実施される前に気付いた場合
ン	レベル 1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった場合
シ	レベル 2	事故により患者に変化が生じ、一時的な観察が必要となったり、安全確認のために検査が必要となったが、治療の必要がなかった場合
デ		
ン	レベル 3	a 事故のため一時的な治療が必要となった場合
ト		b 事故のため継続的な治療が必要となった場合
ア	レベル 4	a 事故により長期にわたり治療が続く場合（機能障害の可能性はない）
ク		b 事故による障害が永続的に残った場合
シ	レベル 5	事故が死因となった場合
デ		
ン		
ト		

いる。医療安全管理室³⁾ではインシデント収集とフィードバックが行われ、それらのデータは日本医療機能評価機構に提出されている。

2010年度同医療センターにおいて発生した医療事故については27件あり、濃厚な処置や治療を要するなど患者に影響があった事例が24件、軽度から中等度の永続的な障害が残った事例が1例と死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）が2件であった。医療事故の内容と患者の影響レベルについては表2に示すが、とくに薬剤に関する事例はみられなかった。

表2. 事故の内容と患者影響レベル（2010年）、大阪府立急性期・総合医療センター

事故の内容	患者影響レベル				合計
	3b	4a	4b	5	
薬剤に関する項目	0	0	0	0	0
輸血に関する項目	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目	12	0	1	2	15
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目	0	0	0	0	0
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目	5	0	0	0	5
検査に関する項目	0	0	0	0	0
療養上の場面に関する項目	7	0	0	0	7
合計	24	0	1	2	27

5) 大阪府立急性期・総合医療センターにおけるヒヤリ・ハット事例

2010年に大阪府立急性期・総合医療センターにおいて生じたヒヤリ・ハット事例について医療に従事する医師、看護師、薬剤師等からのインシデント報告からまとめてみた。ヒヤリ・ハット事例は図1に示すように、薬剤によるものが最も多く815件（30.7%）であった。次いで、療養上の世話で生じたもの810件（30.5%）、ドレーン・チューブによるもの554件（21%）等であった。また、それらのインシデントのレベル区分は図2に示すように、患者への実害はなかったレベル1が最も多く47%を占めた。2009年と2010年のインシデント報告の月別件数については図3に示した。若干6月の報告件数の増加傾向がみられた。

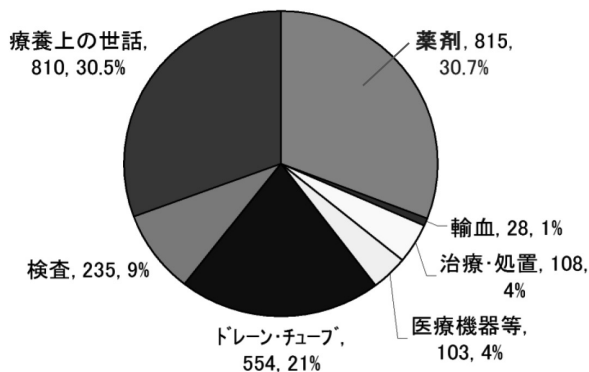


図1 インシデント報告内容（実数）内訳

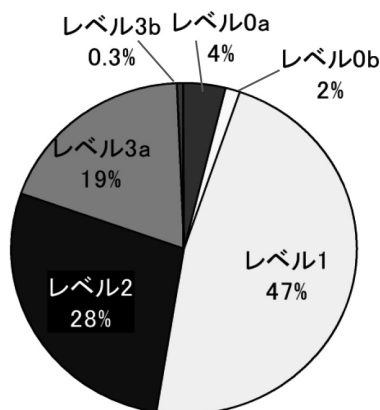


図2 インシデントのレベル区分 (2010年度)

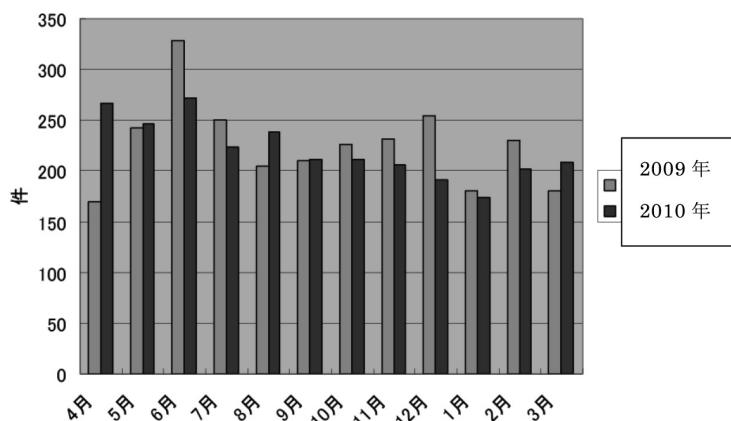


図3 インシデント報告実数 (2009, 2010年度)

6) インスリンに関する事例 (大阪府立急性期・総合医療センター)

日本医療機能評価機構からの事例分析例でも指摘されているのでインスリンに関する事例について検討した。2010年4月から2011年1月までのインスリンに関する計95件の内容をみると無投薬21件，過剰与薬23件，与薬時間・日付間違い10件，過少与薬9件，薬剤間違い (与薬時・処方時) 10件，血糖値測定忘れ12件，指示間違い6件，その他4件であった。

事例1. インスリンに関する事例 (医師の指示間違い)

血糖値70～200mg/dLで経過観察の指示を間違えてヒューマリン[®]3単位皮下注と指示した (医師)。

ヒューマリン[®]5単位入りの10%ブドウ糖を点滴中の慢性心不全増悪で入院した絶食中の糖尿病患者で，「血糖値70～200mg/dLの時は経過観察，血糖値200～300mg/dLの時はヒューマリン[®]3単位皮下注」という指示のつもりが，インスリン指示表を書き間違え，「血糖値70～

200mg/dLの時はヒューマリンR[®] 3単位皮下注、血糖値200～300mg/dLの時はヒューマリンR[®] 4単位」を指示をした。以降、2回の低血糖を認めた。

今回の問題点：いつも慣れているスライディングスケール通りに作成したと思い込んだ（医師）。

改善策：今後は、画面入力後に確認し、プリントアウトしてからもう一度名前と内容を確認する。

事例2. インスリンに関する事例

夕方のインスリンスライディングスケールを朝のインスリンスライディングスケールと間違っ
て施行した。

夕食前の血糖値と食事摂取量を見て、ノボリンR[®] 8単位（本来は5単位）とランタスR[®] 2単位
を皮下注した。眠前BSチェックし、ランタスR[®] 1単位を皮下注した。看護記録記載時にスライ
ディングスケールを再確認したところ、夕と朝の投与量を見間違っていた。医師に報告し、24時血
糖測定の指示を受ける。BS 67mg/dL、患者本人がブドウ糖内服を拒否したため、ポカリスエッ
ト200mlを摂取し、30分後BS 137 mg/dLで経過観察となった。

今回の問題点：看護師2人で確認したにもかかわらず、思い込みで指示を見落とした。

事例3. ヒューマリンR[®]持続注入の分量間違い（指示間違い）

1型糖尿病ケトアシドーシスで入院、経腸栄養とヒューマリンR[®]の持続注入でBSコントロール中。
ヒューマリンR[®] 20単位+生食20mlで作成するところ、指示がヒューマリンR[®] 2単位+生
食20mlとなっており、その組成で16時間実施した。

①医師が前日分の指示簿を見ながら、翌日分の指示を書く時に転記のミス

②指示受けは前日分と本日分を見比べダブルチェックで行っているにも関わらず転記の間違
いを見落としてしまっていた。

③作成時も同様にダブルチェックを行っているが、ヒューマリンR[®]を持続注入する時には1ml
が1単位になるように設定されているのが通常であるのでおかしいと気づくべきだった。

④朝の点滴引継ぎの時にも日勤者もチェックをしているはずであるが、気づかなかった。

⑤看護師自身も準夜のはじめにチェックをしていたが、ヒューマリンR[®]は20単位+生食20mlの
指示だと思い込み、指示簿の間違いに気づかなかった。

改善策：色々な人のチェックがありながら気づけなかった事に関して、もう一度チェックの方法
を検討する必要がある。また、まさか2単位+生食20mlはないであろうという思い込みに対し、
実際2単位+生食20mlで指示する医師もいれば、作成する看護師もいるというこの事例をカン
ファレンスにて報告していく必要がある。

事例4. インスリンを混注し忘れた（未投薬）

2時に更新予定のハイカリックRF[®]にヒューマリンR[®] 20単位混注が必要であると注射箋には
記載されていたが、ダブルチェックでも見落としてしまい、ヒューマリンR[®]を点滴内に入れな
いまま施行した。6時間後に気づき、血糖測定にてBS 296mg/dLと高値のため医師に報告、ボ
トル更新の指示を受けた。以降、特に高血糖、低血糖症状ないことを確認した。

改善策：注射箋に書かれている情報を、きちんと隅々まで確認する。

事例5. インスリン皮下注の指示をボトル内に混注

ボトル交換時（10時・22時）にBS測定・スライディングスケールによるインスリン注射の指
示が出ていた。看護師日勤者は申し送り時にBSチェック・ボトル内インスリンスライディング
との口頭指示を受けた。10時の交換時、ボトルにスライディングスケール用紙が貼ってあったた
め、それ以上の確認をせず、点滴内にインスリンを加えて接続した。インスリンスライディング

スケール表には、「sc」と記入されていたが、「皮下注」の記載はなかった。

改善策：指示簿を確認することを習慣づける。なぜそうするのか意味を考えようとする。理解できない指示は確認する習慣をつける。日常頻繁に使用する用語「sc」は覚えておく。

事例6. 血糖測定を忘れインスリンも未投薬

看護師が他患者の処置に追われていて、12時05分に血糖測定がある他の患者にBS測定をしてもらったかを確認したところ、「測ってもらった」と答えたため、受け持ち患者も測定してもらっていると思い込んだ。後でBS値を他のスタッフに確認した際に誰も測定していないことが判明した。

改善策：受け持ち患者に血糖測定したのちインスリン注があることを伝え、協力してもらおう。病棟全体で血糖測定、インスリン注投与漏れをなくす。

Ⅲ. 考 察

医療現場での事故発生を防止するために、各医療機関では医療安全の取り組みが積極的になされている。ハインリッヒの法則（1：29：300の法則）が該当すると考えられ、1件の重症な事故の背景には300もの日常のちょっとした、いわばヒヤリと汗が一筋たれたり、ハットする出来事があると考えられている。ヒューマンエラーは起こるものだという（To err is human）観点からヒヤリ・ハット事例を含めインシデント、アクシデントのデータを収集・集積し、リスクの早期発見、早期対応へのフィードバックの重要性が高まっている。そこでわが国の医療現場で発生するインシデントやアクシデントの現状を知り、とくに薬剤にかかわる医療事故事例やインシデント事例を基に、リスクの問題を解析し、そこから得られる多くの教訓や組織として取り組む薬剤師、医師、看護師などからなるチーム医療の重要性について検討した。

日常臨床では患者に影響を与えるインシデント（とくにレベル3b以上）やそれまでに至らなかった事例やとくに何らかの処置が実施される前に実害がなかった事例まで数多く起こっているのが現実である。医療安全にはいずれの医療機関も最も対策をとっており、多くの施設で医療安全管理委員会を設置し、定期的に事例検討や院内ラウンドを行うなど配慮している。とくに国レベルでは日本医療機能評価機構が医療機関における医療事故事例はもちろんヒヤリ・ハット事例の報告を課している（2004年～）¹⁾。また、薬局でのヒヤリ・ハット事例の報告も2008年から開始された²⁾。

医療機関での事故の概要分析で「処方量、投与量の違い、薬剤の違い」など薬剤に関する事例は2010年で9.8%、2013年で7.6%であった。ヒヤリ・ハット事例では「薬の種類や処方量を間違える」などの薬剤関連が2010年には186,424件で33.3%、2013年には201,853件で33.1%を占め最多であり減少はみられなかった。

最近では癌治療における化学療法も患者のQOLに考慮して、多くは外来化学療法室で行われる傾向にある。各病院では院内がん化学療法レジメンを審査・登録により使用承認されたものしか認められないことになっている（大阪府急性期・総合医療センターでは「抗がん剤レジメン審査部会」）⁴⁾。そうすることによって医師、薬剤師、看護師での情報共有化がすすんでいる。それらの動きは2000年埼玉医大での抗がん薬（ピンクリスチン[®]）の誤投与事例（投与量、投与間隔の違い、過剰与薬）がきっかけとなり、2005年からはがん治療に精通したがん専門薬剤師（日本医療薬学会認定）やがん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）の認定も進められている。

大阪府立急性期・総合医療センターでのこれまでの報告でも、ヒヤリ・ハット事例の約3分の1が薬剤に関する事例であるというのが重大な事実である。その内容は無投薬、投与量ミス（過剰与薬、過少与薬）、与薬時間・日付間違い、薬剤間違い（与薬時）、指示間違いなどが多かった。いずれも患者の治療にとっては重大な事項である。幸い近年は薬剤が原因と考えられる事件事例は発生していなかった。2015年1月に某病院で薬剤の誤投与で患者が死亡という事例が報道された。その概略は2014年年末の12月29日に抗癌剤治療で入院していた患者に発熱の症状が発現したため主治医が抗生物質マキシピーム[®]の点滴を指示した。その後薬剤師が薬剤棚から誤って筋弛緩薬マスキュレード[®]を取り出し病棟に送ってしまった。点滴前に確認した看護師2人もその誤りに気付かなかったという。もともと2つの薬剤は別の棚で保管されており、薬剤師は患者への点滴が始まって2時間後に、別の患者にマキシピーム[®]を取り出そうとして取り違えに気付いたが、患者はすでに心肺停止状態だったという。

日本医療機能評価機構のヒヤリ・ハット事例の分析項目で年報で毎年指摘されているのは薬剤の名称類似に関する要因である。これまで薬剤名（商品名）が類似名称とくに頭の2-3文字が共通していたり、語感が似ているために誤投与される事故が多かったために、サクシン注[®]（骨格筋弛緩剤、アステラス製薬）とサクシゾン注[®]（ステロイド剤、日研化学薬品）ではサクシン注がスキサメトニウム注[®]に名称の変更がなされた。また、同様にメテナリン[®]（子宮収縮止血薬、あすか製薬）がウテメリン[®]（切迫流・早産治療薬、キッセイ薬品）と間違えられやすくメチルエルゴメトリン[®]へと変更され、2012年1月12日にはアルマール錠[®]（降圧剤、大日本住友製薬）がアマリール錠[®]（経口血糖降下剤、アベンティスファーマ）とまぎらわしいのでアロチノロール塩酸塩錠[®]に名称変更された。

タキサン系抗癌剤にはタキソール[®]（パクリタキセル）、タキソテール[®]（ドセタキセル水和物）という商品名類似の薬剤が存在する。タキソール[®]（投与量上限が210mg/m²）を投与する

表3. 間違えられやすい薬品名の例

(1) エクセ ラーゼカプセル	消化酵素剤	(明治製薬ファルマ)
エクセ グラン錠	抗てんかん剤	(大日本住友製薬)
(2) グリ チロン錠	肝疾患治療剤	(ミノファージェン製薬)
グリ ミクロン錠	経口血糖降下剤	(大日本住友製薬)
(3) チウラジール錠	甲状腺ホルモン生成抑制剤	(三菱ウエルファーマ)
チラージンS錠	甲状腺ホルモン剤	(帝國臓器製薬)
(4) デバ ケン錠	抗けいれん剤	(協和醗酵)
デバ ス錠	抗不安剤	(三菱ウエルファーマ)
(5) ノイ ロビタミン錠	ビタミンB複合剤	(アステラス薬品)
ノイ ロトロピン錠	鎮痛剤	(日本臓器製薬)
(6) ムコ ダイン錠	去痰剤	(杏林製薬)
ムコ スタ錠	防御因子増強系消化性潰瘍用剤	(大塚製薬)
(7) メレ ックス [®]	抗不安薬	(第一三共)
メイ ラックス [®]	抗不安薬	(明治製薬ファルマ)
(8) オル メテック [®]	降圧剤	(第一三共)
オス テラック [®]	抗炎症薬	(ファイザー)
(9) ノル バスク [®]	降圧剤	(ファイザー)
ノル バデックス [®]	抗腫瘍薬	(アストラゼネカ)

予定でタキソテール[®]（同70mg/m²）を投与してしまうと、タキソテール[®]が通常の3倍量投与される事となり致命的な結果を招く恐れがあり、処方間違い等により実際死亡に至った事例報告など事故報告が多かった。そのため、取り違え防止のために処方に一般名を併記したり、一般名のみとするなどの対策をとったり（多くの医療機関）、販売各社も外箱やバイアルのラベルに一般名を販売名より大きく表示するといった対応を行った。

しかし、現在でもまだ類似名称の薬剤の問題は数多く（表3）、日本医療機能評価機関の報告でも毎年指摘されており、医療機関で使用する注射のアンブルや薬の小包装などにバーコードを表示するなどさらなる改善策がとられる必要がある。また、政策的に後発品の処方が推進されているが、先発品の類似名称の是正はもちろん重要であるが、後発品の販売名をいかにわかりやすく統一するかも今後の医療過誤の予防に重要である⁵⁾。

一方、最近では医療者自身を守ることも医療安全の観点から重要な事項となっている。とくに薬剤師は抗がん薬の調製時、プライミング時、看護師、医師は投与時、投与終了後のライン抜去時に抗がん薬曝露の危険性が高い。化学療法で使用される抗がん薬の多くは、細胞傷害性抗がん薬であり、変異原性や染色体異常などの遺伝毒性、発がん性、胎児奇形性など様々な毒性を有している（シクロフォスファミド、アドリアマイシン、エトポシド、シスプラチンなど抗がん薬の発がん性、IARCによる危険度分類モノグラフ参照⁶⁾）。医療従事者が抗がん薬に曝露される職業的曝露の危険性があり、職業的曝露を防止する必要がある^{4,7-13)}。

大阪府立急性期・総合医療センターでは原則、抗がん薬の調製は薬剤師が行う。調製する場合は、薬剤部や外来化学療法室に併設された調製室の安全キャビネット内で全ての防護具（ガウン、キャップ、手袋、マスク、ゴーグル）を装着して行う。ファシールなどの閉鎖式接続器具（閉鎖式薬剤混合器具）も使用している。看護師が抗がん薬の調製を行うことはないが、看護師にとって危険なのはルートのつなぎ換えや輸液バッグの交換時であり、病棟看護師には講習会を受講させ、化学療法マニュアルを参照するよう指導されている。輸液バッグを交換するときには目線の位置より下げて手元で行うとカルートのプライミングは生理食塩水もしくは前投薬で行い、ルートの先から抗がん薬に曝露することを防いでいる。

日本病院薬剤師会の意見申請により、2011年4月から、抗がん薬を対象にした「無菌製剤処理料1」について、閉鎖式接続器具（閉鎖式薬剤混合器具と同意）の使用に、100点（50点加算）が付与された。医療従事者の抗がん薬曝露の問題については決しておろそかにできない問題である¹¹⁻¹³⁾。

病棟におけるチーム医療をさらに推進するために薬剤師が病棟に配置される医療機関が増えていく。そのことにより過量投与を未然に防いだ例や中止薬が誤って処方されたことを未然に発見した例など病棟での薬剤に関する医療安全が向上するとの報告¹⁴⁾ などもあり、今後さらに注目していきたい。

ま と め

職員一人ひとりが人間である以上エラーを起こすことを念頭において、チェック機能やシステム上での医療事故防止対策を強化し、安全で安心な医療の提供に前向きに取り組む風土を育むことが重要である。安全で信頼できる医療と、さらには高度化・複雑化する医療に対して、常に安全の観点から、医療安全管理体制を構築する必要がある。とくにリスクを生じ易い薬剤について

は患者に直接何らかの傷害を与える可能性が高いので、最初に処方する医師、与薬に関わる看護師はもちろんのこと、処方監査、疑義照会、調剤、鑑査をする薬剤師はチーム医療の担い手としての意識をさらに高めていくことが望まれる。

稿を終えるに臨み、大阪府立急性期・総合医療センター薬剤部元副薬局長・医薬品安全管理責任者田中恵美子先生、元副看護部長・医療安全管理者藤原美津恵先生のご協力に感謝致します。

参 考 文 献

- 1) 日本医療機能評価機構：医療事故情報収集等事業 平成22, 25年年報, <http://jcqhc.or.jp/>
- 2) 日本医療機能評価機構：薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析, 平成25年年報, http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/year_report_2013
- 3) 大阪府立急性期・総合医療センター医療安全管理室, <http://www.gh.opho.jp/hospital/division/593.php>
- 4) 安 武夫, 宮坂善之, 仲鉢英夫編：薬剤師のためのリスクマネジメント, 実践マニュアル, 羊土社, 2010.
- 5) 沼田 稔：後発医薬品関連過誤増大への懸念—販売名を如何にわかり易く統一するか—, 医薬ジャーナル, 47(11)：2649-51, 2011.
- 6) IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to Humans. Vol. 50. Pharmaceutical Drugs. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1990.
- 7) 日本病院薬剤師会学術委員会：抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針, 東京, 日本病院薬剤師会, 1991.
- 8) 日本病院薬剤師会学術委員会：抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針 (第2版), 東京, 日本病院薬剤師会, 1994.
- 9) 日本病院薬剤師会監修：抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針・改訂版, 抗癌剤調製マニュアル, 東京, じほう, 2005.
- 10) 日本病院薬剤師会：注射剤・抗がん薬無菌調製ガイドライン, 2008.
- 11) 富岡公子, 熊谷信二：抗がん剤を取り扱う医療従事者の健康リスク, 産衛誌, 47：195-203, 2005.
- 12) 石井範子, 佐々木真紀子, 長谷部真木子, 長岡真希子, 小稗文子, 杉山令子, 工藤由紀子：医療施設における看護師の抗癌剤取扱いと暴露防止策, 秋田大学医学部保健学科紀要, 17(1)：23-30, 2009.
- 13) 藤原季美子, 山添 譲, 森山健三：職業性暴露について：抗がん剤を取り扱う医療従事者のリスク, 近畿大医誌, 36(1)：43-46, 2011.
- 14) 熊倉康郎, 鳥本真由美, 阪井祐介, 久保田亜紀, 桐山典子, 戸嶋彩乃, 倉地 茜, 千崎康司, 山本雅人, 石川和宏, 山田清文：専任薬剤師の全病棟配置が医療安全に与える効果, 医療薬学, 40(1)：1-7, 2014.

[2015. 6. 25 受理]