



## 分科会 3 医療安全推進のために —薬剤師が担う安全な医薬品使用—

### W-03-01 医療事故から学ぶ医療安全対策

ながお よしまさ  
長尾 能雅

京都大学医学部附属病院 准教授・医療安全管理室長

この数年、京大病院の安全管理は重大な薬剤過誤の防止に最も傾注したとあって過言ではない。発端となったのは2004年10月に発生したリウマトレックス過量投与による死亡事故である。事故発生後、京大病院は概要を報道機関に公表するとともに、外部専門家を含めた大規模な医療事故調査委員会を立ち上げ、背景要因も含めた詳細な事故調査を行った。調査会では、1. 持参薬管理の問題、2. High alert drug の問題、3. 内服実態と異なる処方の問題、4. 上級医による処方チェックの問題、5. 病棟薬剤師の整備問題など、今日なお医療安全上の重要課題とされる問題が次々に指摘され、薬剤に関する多様なリスクが診療現場に潜在していることが再認識された。また、調査会は過量投与判明直後に病院へのインシデント報告がなく、大至急患者に集学的な治療が施されなかったことが救命を逸したことに繋がったとの見解を示した。したがってそれ以降の京大病院では、組織をあげた医原性有害事象の早期抽出システムと集学的治療体制の確立が最重要課題として認識されたのである。さらに調査会は幾つかの改善策を提示したが、中でも緻密な電子オーダーリングシステム構築の提言は当院における診療電子化の動きを加速し、翌2005年9月の電子カルテの導入につながった。

しかし、残念ながら京大病院の重大薬剤事故は収束に向かわなかった。ファンギゾン・ファンガード誤認過量投与事故、妊婦へのバルサルタン投与による羊水過小発症事故、TS-1・5-FU 同時投与事故、イソニアジド10倍量投与による急性中毒事故など、その後も立て続けに重大過誤が発生、京大病院は安全な薬剤供給体制の構築が想像以上に困難で、シンプルな電子化のみで達成できるものではないという事実を否応なく直面せざるを得なかった。一方、この間京大病院の医療事故抽出能力は劇的な改善を示し、上記事例の中にも医療安全管理室への迅速なインシデント報告により職種横断的治療チームによる集学的な治療介入が行われ、患者の被害を最小に留めることを可能とした事例を複数経験することができた。これはリウマトレックス事故の教訓が活かされたものであり、不幸中の幸いであったといえる。

京大病院執行部は薬剤事故発生をこれ以上看過することはできないとの観点から、2008年1月、賛否が分かれるなか、相応の予算措置を行い、持参薬管理システムと薬剤誤処方警告システムの抜本的見直しに踏み切った。反対の多くは、過剰な警告システムの導入は業務フローの停滞とストレス、警告依存などを招き、新たなリスクを院内に発生させるというものであった。しかし結果的に京大病院は、その後同種の薬剤事故の発生頻度を減少させることに成功し、完全とはいえないものの、重大薬剤過誤撲滅に向け一定の成果をあげているようにみえる。この点に関しては、今後も長期的なモニターが必要と考えられる。また、この間の議論や試行錯誤を通じ、医療安全管理室と薬剤部のコミュニケーションの機会は圧倒的に増えた。定期的な薬剤関連インシデント検討会の開催や、薬剤師の医療安全管理部内ミーティングへの参画がルーチン化し、薬剤師からのインシデント報告数は飛躍的に増加した。その他、化学療法のレジメン管理、ミキシングの中央一元化、部門横断的がんサポートチームの結成、抗がん薬使用に関するマニュアル作成、内服自己管理基準の作成など、薬剤関連業務に関する多様な取組みが同時多発的に進められるようになったのは大きな収穫であった。

京大病院は薬剤過誤により一人の患者の命を失ったという経験を有しており、この事実は永久に消えることはない。今後も有害事象の早期抽出と集学的治療対応の努力を粛々と続け、薬剤過誤撲滅のための組織的な取り組みを展開していく責務があると考えている。