



座長

鈴木孝浩先生

日本大学医学部麻酔科学系
麻酔科学分野主任教授

演者

祖父江和哉先生

名古屋市立大学大学院医学研究科
麻酔科学・集中治療医学分野教授



麻酔科業務における薬剤投与の安全性を考える -<誤薬>はなぜ起こるのか?-

▶日時

2024年6月6日(木)
11:50~12:50

▶会場

第5会場

神戸ポートピアホテル南館
B1F トパーズ *300席
〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-10-1

事前予約について
学術集会HPにて事前予約を行っております。
事前予約がない方は当日空席がございましたら
先着順でご案内させていただきます。
チケット・整理券等は配布しておりません。



麻酔科業務における薬剤投与の安全性を考える

-<誤薬>はなぜ起こるのか?-

麻酔科医の働く環境は、常にエラーの発生しやすい状況にある。麻酔と手術による生理学的な変化を的確にとらえ、速やかに対応する必要がある。また、麻酔科医が一人で判断し、一人に対応することはまれではなく、医療現場の中では特殊な環境であり、エラーと隣り合わせである。

一般的に薬剤に関する間違い(誤薬)の発生頻度は高い。麻酔中の誤薬の発生を前向きに検討した研究(Anesthesiology 2016; 124: 25-34)によると、277手術3671件の投薬で193件の誤薬が発生した。193件のうち91件(47.2%)は、患者に影響のあるイベントであり、大きな問題である。

誤薬とは、狭義では薬の誤りで、広義では、薬の誤り、薬量の誤り、時期の誤り、経路の誤りなど投薬に関連するエラーを広く含む。麻酔中の誤薬の発生要因は、外観類似薬剤、薬剤配置の誤り、不適切なシリンジラベル、時間的なプレッシャー、麻酔科医の疲労、薬剤への理解不足、コミュニケーションエラーなどがある(Anaesth Intensive Care2022;50:204-219)。

これらの要因はある程度対策できると考える。上記の研究Anesthesiology 2016; 124: 25-34)でもエラーの79.3%は予防可能であったとしている。対策は、十分な患者情報の収集、薬剤情報へのイージーアクセス、ラベルの工夫、配置・カート
の工夫、薬剤師の配置、ダブルチェック、プレフィルドシリンジの活用、オーダーの標準化、教育、報告とフィードバックのシステムなどがある。しかしながら、効果の高い対策はなく、複数の対策を組み合わせることが現実的である。今後は、デジタル化や自動化を進めることが重要である。さらに麻酔科医の誤薬に対する意識の改善が望まれる。

本講演では、当院の取り組みを紹介し、麻酔科業務における薬剤投与の安全性を考えたい。

祖父江和哉 先生

名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔科学・集中治療医学分野 教授