[2]

【2】 退院後の薬剤の継続に関する事例

近年、薬物療法の高度化や複雑化が進み、ハイリスク薬などによる副作用の発現や多剤投与による重複処方が懸念されるようになってきた。また、高齢化が進む中、在宅療養や施設・居住系介護サービスの需要が高まり、患者が地域の様々な療養環境に移行するケースが増加している。「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律」(令和元年法律第63号)において設けられた機能別薬局の認定制度では、地域連携薬局に期待する役割として、患者が外来を受診する時だけではなく、入退院や在宅療養などの際に医師をはじめとする様々な職種の医療従事者や他の医療提供施設と連携し、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが示された。このような状況の中、薬局薬剤師には、地域包括ケアシステムの一翼を担う一員として、医療機関などと連携しながら薬剤師としての専門性を発揮し、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供する役割を果たすことが求められている。

患者が退院した後は、入院治療を行っていた医療機関とは異なるかかりつけ医や医療機関で治療を継続する場合がある。その際、医療機関の連携が不十分であると、患者が受ける薬物療法が正しく継続されない危険性がある。本事業には、退院後の患者に処方された薬剤について薬局薬剤師が疑義照会や処方提案を行い、適切な処方に変更になった事例が報告されている。そこで、本報告書では、退院後の薬剤の継続に関する疑義照会や処方医への情報提供を行った事例について分析を行った。

(1) 報告状況

1)対象とする事例

2022年1月~2月に報告された疑義照会や処方医への情報提供を行った事例の中から、キーワードに「退院」を含む事例を検索した。そのうち、記載された内容から退院後の薬剤の継続に関する事例を分析対象とした。

2)報告件数

2022 年 1 月~ 2 月に報告された事例のうち、対象とする事例は 202 件であった。

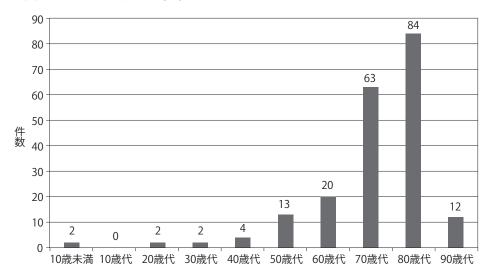
(2) 事例の概要

1) 患者の情報

①患者の年齢

事例に報告された患者の年齢を示す。80歳代が最も多く、次いで70歳代が多かった。

図表 II - 2 - 1 患者の年齢



②患者の来局状況

患者の来局状況を整理して示す。平素から当薬局を利用している患者の事例が 151 件と最も 多く、そのうち「当薬局のみ利用」が 83 件、「当薬局が主」が 59 件であった。

図表Ⅲ-2-2 患者の来局状況

来局状況			件数	
	当薬局のみ利用		83	
平素から利用	複数の薬局を利用	当薬局が主	59	151
		他薬局が主	9	
	当薬局のみ利用		11	
久しぶりに利用	複数の薬局を利用	当薬局が主	13	30
		他薬局が主	6	
	当薬局のみ利用		7	
初めて利用	複数の薬局を利用	当薬局が主	3	21
		他薬局が主	11	
合計				202

2) 疑義照会や処方医への情報提供を行うと判断した情報

疑義照会や処方医への情報提供を行うと判断した情報を整理して示す。処方箋とその他の情報を合わせて疑義照会や処方医への情報提供を行うと判断した事例が多かった。処方箋と合わせて活用した情報は、お薬手帳が130件と最も多く、次いで患者・家族から聴取した情報が71件、薬局で管理している情報(薬剤服用歴)が69件であった。また、医療機関から収集した情報や情報提供書、他職種からの情報、処方箋に記載された検査値など、他の医療提供施設や医療従事者との連携により得た情報は合わせて52件であった。情報提供書を選択した事例には、退院調整中の段階で、患者が医療機関から在宅療養に移行した後の支援を依頼され、退院の前に入院中の患者情報や医師の処方意図を把握していたため、処方監査を適切に行うことができた事例があった。

図表Ⅲ-2-3 疑義照会や処方医への情報提供を行うと判断した情報

	判断した情報	件数
	お薬手帳	130
	患者・家族から聴取した情報	71
	薬局で管理している情報(薬剤服用歴)	69
	医療機関から収集した情報	25
処方箋とその他の情報	情報提供書	16
	他職種からの情報(施設・医療機関の看護師)	8
	患者の現疾患、副作用歴等	7
	処方箋に記載された検査値	3
	その他	10
当該処方箋のみ		9

注)複数の情報を選択した事例がある。

3) 疑義照会や処方医への情報提供を行った先の医療機関

疑義照会や処方医への情報提供を行った先の医療機関を示す。患者が入院していた医療機関とは別の医療機関に行った事例が 143 件、患者が入院していた医療機関に行った事例が 55 件であった。入院していた医療機関とは別の医療機関に疑義照会を行ったところ、入院していた医療機関から提供された情報に基づいて処方されていたため、入院していた医療機関にも問い合わせを行い、処方内容を確認した事例も 2 件報告されていた。

図表Ⅲ-2-4 疑義照会や処方医への情報提供を行った先の医療機関

医療機関	件数
入院していた医療機関とは別の医療機関	143
入院していた医療機関	55
入院していた医療機関とは別の医療機関と 入院していた医療機関の両方	2
不明	2
合計	202

4) 疑義照会や処方医への情報提供の手段

疑義照会や処方医への情報提供を行った手段は、電話が177件と最も多かった。その他を選択した事例では、対面で疑義照会や処方医への情報提供が行われていた。

図表Ⅲ-2-5 疑義照会や処方医への情報提供の手段

情報提供の手段	件数
電話	177
FAX	18
服薬情報提供書(トレーシングレポート)	2
その他	6

注)複数の手段を選択した事例がある。

5) 事例の分類

退院後の薬剤の継続に関する疑義照会や処方医への情報提供の事例 202 件のうち、退院後に処方された薬剤について疑義照会を行った事例が 200 件、退院後の患者の状態・状況を鑑み処方提案を行った事例が 2 件であった。

図表Ⅲ-2-6 事例の分類

事例の分類	件数
退院後に処方された薬剤について疑義照会を行った	200
退院後の患者の状態・状況を鑑み処方提案を行った	2
合計	202

(3) 退院後に処方された薬剤について疑義照会を行った事例

事例の分類のうち、退院後に処方された薬剤について疑義照会を行った事例 200 件の分析を行った。

1) 疑義照会の内容

疑義照会の内容を整理して示す。投与量間違いの事例が最も多く、56件であった。次いで、薬剤が重複して処方された事例が51件、中止すべき薬剤が誤って処方された事例が43件、処方漏れの事例が27件であった。

図表Ⅲ-2-7 疑義照会の内容

疑義照会の内容	件数
投与量間違い	56
薬剤の重複	51
中止すべき薬剤の処方	43
処方漏れ	27
薬剤名間違い	24
用法間違い	6

注)複数の内容が報告された事例がある。

2) 投与量間違い

投与量間違いの事例 56 件について分析を行った。

①投与量間違いの内容

誤った投与量が処方された薬剤を剤形別に分類し、投与量間違いの内容を整理して示す。内服薬が52件で最も多く、そのうち49件は錠剤が処方された事例であった。錠剤の事例では、薬剤の規格を間違えた事例が24件、1回量・1日量の錠数を間違えた事例が23件であった。

図表Ⅲ-2-8 投与量間違いの内容

	投	与量間違いの内容		件数	
		規格間違い	24		
	錠剤	1回量・1日量の錠数間違い	23	49	
内服薬 -		詳細不明	2		52
		成分量と製剤量の間違い	1		32
	散剤	1回量・1日量のg数間違い	1	3	
		1回量・1日量の包数間違い	1		
注射薬 mL 数間違い バイアル数間違い		2		3	
		バイアル数間違い	1		3
外用薬	貼付剤	規格間違い	1		1
	合計				56

②事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-9 事例の内容

【事例1】内服薬:錠剤の規格間違い

患者はかかりつけの医療機関に検査入院した。退院後に外来を受診した際、ワーファリン錠 1 mg 1 = 0.5錠 1 H 1 = 0.5 は 1 H 1 = 0.5 は

【事例2】内服薬:1回量・1日量の錠数間違い

患者がかかりつけ医を受診し家族が持参した処方箋を応需した。処方箋に、カルベジロール錠 10mg 1回1錠1日1回朝食後28日分と記載されていた。お薬手帳を確認すると、他の医療機関を退院する際にカルベジロール錠10mg 1回0.5錠1日1回朝食後が処方されていたことが分かった。家族から薬剤を増量する話はなかったことを聴取し、かかりつけ医に疑義照会したところ、カルベジロール錠<math>10mg1回0.5錠1日1回朝食後に変更になった。かかりつけ医がお薬手帳を確認した際に、錠数を見間違えたと考えられる。

【事例3】内服薬:成分量と製剤量の間違い

患者が医療機関 A を退院する際、カルバマゼピン細粒 50% 1日 600mg(成分量)が処方されていた。退院後に処方を引き継いだ医療機関 B から発行された処方箋には、1日 0.6g(製剤量)と記載されていた。成分量と製剤量の間違いの可能性があったため疑義照会を行ったところ、1日 1.2g(製剤量)へ変更になった。

【事例4】注射薬:mL 数間違い

膵体部癌終末期の患者は、在宅での療養を希望し自宅退院となった。入院中は、輸液にヒューマリン R 注 100 単位 /mL 4 単位を混注して末梢静脈ラインから点滴しており、在宅療養でも同じ投与量で継続することになった。患者を初めて診察した在宅医から発行された処方箋には、輸液 1000mL にヒューマリン R 注 100 単位 /mL を 4mL 混注するよう指示があった。在宅医に面会し、ヒューマリン R 注 100 単位 /mL 4 単位は 0.04mL であることを説明し、処方が変更になった。在宅医は、1 単位が 1mL であると勘違いしていた。

3)薬剤の重複

薬剤が重複して処方された事例 51 件について分析を行った。

①薬剤を重複して処方した医療機関

薬剤を重複して処方した医療機関を整理して示す。入院していた医療機関 A と別の医療機関 B から同成分あるいは同薬効の薬剤が重複して処方された事例が 42 件で最も多かった。入院していた医療機関 A から処方された薬剤が重複していた事例は、異なる診療科から処方された事例が 4 件、同一の診療科で処方された事例が 3 件であった。入院していた医療機関 A とは異なる 2 つの医療機関から処方された事例 2 件は、入院していた医療機関 A から処方を引き継いだ医療機関から処方された薬剤と、患者が受診した他の医療機関から処方された薬剤が重複した事例であった。

図表Ⅲ-2-10 薬剤を重複して処方した医療機関

医療	寮機関	件数
入院していた医療機関 A と	と別の医療機関 B	42
入院していた医療機関 A	異なる診療科	4
	同一の診療科	3
入院していた医療機関 A と	とは異なる2つの医療機関	2
合計		51

②事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-11 事例の内容

【事例1】入院していた医療機関Aと別の医療機関Bからの処方

患者は、医療機関 A に入院中、医療機関 B の心療内科で処方されていたドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠も処方され、服用を継続していた。退院後、患者は医療機関 B の心療内科を受診し、ドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠が処方された。その後、患者が医療機関 A の外来を受診した際、入院中に追加されたドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠が処方された。医療機関 A の処方医に、患者が退院後に医療機関 B への通院を再開して薬剤が処方され重複していることを伝えた結果、ドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠は削除になった。

【事例2】入院していた医療機関の異なる診療科からの処方

患者は診療科 A に入院し、退院後に外来を受診して退院時の処方と同じクレメジン速崩錠が処方された。同日、同じ医療機関の診療科 B から、球形吸着炭細粒分包 2g「日医工」が処方された。同成分で薬剤名が異なる薬剤が、異なる診療科から処方されていたため、診療科 B の処方医は同成分の薬剤が重複していることに気付かなかったと考えられる。

【事例3】入院していた医療機関の同一の診療科からの処方

退院後に外来を受診した患者に、タケルダ配合錠とバイアスピリン錠 100mg が処方された。タケルダ配合錠は退院時にも処方されていたが、バイアスピリン錠は今回初めて処方された。アスピリンの用量を合計すると 1日 200mg になるため、バイアスピリン錠 100mg の処方意図を確認する目的で処方医に疑義照会を行った結果、バイアスピリン錠 100mg が削除になった。処方医が、タケルダ配合錠にアスピリン100mg が含まれていることを失念していた可能性がある。

[2]

4) 中止すべき薬剤の処方

中止すべき薬剤が誤って処方された事例43件について分析を行った。

①中止すべきところ誤って処方された薬剤

本来は中止すべきところ、誤って処方された薬剤を整理した。入院前から処方されていたが、入院中に服薬中止になった薬剤が 30 件と最も多かった。入院中あるいは退院時に処方され、退院後は飲み切り中止にする薬剤が 6 件で、報告された薬剤はエリキュース錠 5mg、ネキシウムカプセル 20mg、ビムパット錠 50mg、プレドニン錠 5 mg、レボフロキサシン錠 500mg であった。ビムパット錠 50mg の事例では、医療機関から患者に渡された文書に、退院当日に服用するビムパット錠 50mg と翌日から服用するビムパット錠 100mg が記載されていたが、退院後に処方を引き継いだかかりつけ医はビムパット錠 50mg とビムパット錠 100mg の両薬剤を処方した。

図表Ⅲ-2-12 中止すべきところ誤って処方された薬剤

薬剤	件数
入院前から処方されていたが、入院中に服薬中止になった薬剤	30
入院中あるいは退院時に処方され、退院後は飲み切り中止にする薬剤	6
不明	7
合計	43

②事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-13 事例の内容

【事例1】入院前から処方されていたが、入院中に服薬中止になった薬剤

患者から、かかりつけ医より発行された処方箋を応需した。ソリフェナシンコハク酸塩 OD 錠 5mg「ニプロ」が処方され、定時薬として継続している薬剤であることを確認して、薬剤を交付した。交付後、患者のお薬手帳の内容を確認したところ、添付されていた退院時情報提供書から、腸閉塞で別の医療機関に入院中に持参薬のソリフェナシンコハク酸塩 OD 錠 5mg「ニプロ」が中止されていたことがわかった。すぐにかかりつけ医に入院中の経緯を伝えたところ、ソリフェナシンコハク酸塩 OD 錠 5mg「ニプロ」は削除になった。患者に連絡し、服薬を中止することを伝え、薬剤を回収した。患者はソリフェナシンコハク酸塩 OD 錠 5mg「ニプロ」が中止になっていることを把握していたため服用していなかった。入院していた医療機関からかかりつけ医に情報が伝えられていたかは不明だが、かかりつけ医と患者のコミュニケーション、あるいは、入院していた医療機関との連携がうまく取れていれば防げた可能性がある。

【事例2】入院中あるいは退院時に処方され、退院後は飲み切り中止にする薬剤

退院後に患者がかかりつけ医を受診した際、プレドニン錠 5mg が処方された。退院時に医師から、入院中に服用していたプレドニン錠 5mg を退院後 1 週間服用したら中止するよう指示されたことを、薬剤師が患者から聴取した。疑義照会を行ったところ、かかりつけ医は、患者が入院していた医療機関から情報提供された退院時の処方薬をそのまま処方したこと、飲み切り中止の指示は記載されていなかったことが分かった。薬剤師は患者が入院していた医療機関に問い合わせ、プレドニン錠 5mg の服用は継続不要であることを確認し、かかりつけ医に伝えた結果、プレドニン錠 5mg は削除になった。

5) その他の事例

【事例1】処方漏れ

れる。

その他の主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ-2-14 事例の内容

(1)

(2)

【事例3】用法間違い

十分ではなかった可能性がある。

【事例2】薬剤名間違い

患者は、医療機関 A を退院後、以前から定期的に受診している医療機関 B を受診し、アダラート CR 錠 40mg 1回2錠1日1回が処方された。入院していた医療機関Aでは、アダラートCR錠40mg 1回 1錠1日2回の用法で処方されていたことがお薬手帳に記載されていた。疑義照会を行った結果、1回1錠 1日2回に変更になった。医療機関Bの処方医はお薬手帳を確認したようだが、入院前に処方していた別 の血圧降下剤の用法が1日1回であったため、用法を変更せずに入力した可能性がある。

心房細動のため入院していた患者が、退院後に初めて同じ医療機関の外来を受診した。処方箋を応需し、 お薬手帳を確認したところ、入院中にリクシアナ OD 錠 30mg が追加されていたが、処方箋に記載されて いなかった。疑義照会を行った結果、リクシアナ OD 錠 30mg が追加になった。退院後の外来診療を担当 した医師は、入院中の担当医とは別の医師であり、処方する際に入院前の処方をそのまま入力したと思わ

薬局の薬剤師は、患者が入院していた医療機関から薬剤管理サマリーを入手し、患者が心原性脳塞栓症で 入院し、入院前に服用していたイグザレルト錠 15mg がエリキュース錠 5mg に変更されたことを把握し

ていた。退院後に受診したかかりつけ医からイグザレルト錠 15mg が処方されたため疑義照会を行ったと

ころ、エリキュース錠 5mg に変更になった。かかりつけ医に退院サマリーが送付されていたが、確認が

6) 推定される要因

薬局から報告された「推定される医療機関側の要因」には、薬局が推測した、医療機関側が処方を 間違えた要因が記載されている。記載された内容を整理し、主な要因を示す。

図表Ⅲ-2-15 推定される要因

入院していた医療機関とは別の医療機関からの処方

○入院していた医療機関とは別の医療機関側の要因

- ・診療情報提供書の内容を読み間違えた。
- ・診療情報提供書に記載された薬剤と名称が類似している薬剤を誤って処方した。
- ・処方する際、診療情報提供書に記載された薬剤を検索したところ処方頻度が高い別の規格が先に表示さ れたため、処方すべき薬剤とは異なる規格の薬剤を選択した。
- ・入院中に処方されていた薬剤は、退院後に治療を引き継いだ医師の専門外であったため、薬剤に関する 知識がなかった。
- ・久しぶりに患者が受診した際、処方医は服薬状況や他科の受診状況を確認せずに以前の定期薬を処方した。

○入院していた医療機関側の要因

- ・診療情報提供書の記載内容が間違っていた。
- ・診療情報提供書の記載が不明瞭であった。
- ・退院する直前に処方内容が変更になったが、変更が診療情報提供書などに反映されていなかった。
- ・退院時に処方された薬剤をお薬手帳に記載していなかった。

○医療機関の連携に関する要因

- ・医療機関 A に入院中は、医療機関 B で処方されていた薬剤を医療機関 A から処方していたが、医療機関 A と B の間での連携が不十分であったため、退院後にそれぞれの医療機関から同じ薬剤が重複して処方された。
- ・ 処方医は患者から入院していたことを聴いたが、医療機関で連携が取れていなかったため、入院中の治療経過や処方薬などの情報を収集できなかった。

○患者側の要因

- ・患者が、入院していたことを処方医に伝えていなかった。
- ・患者はお薬手帳を持っていなかったため、処方医は退院時の処方薬を含め患者が服用している薬剤を 把握できなかった。

入院していた医療機関からの処方

- カルテの記載に誤りがあった。
- ・入院中に処方を変更していたが、退院後の初回外来診察時に入院前と同じ薬剤を処方した。
- ・外来で処方していた薬剤が院内では採用されていないため、入院中は同薬効の他の薬剤に変更したが、 退院後の外来診療の際に、入院前に処方していた薬剤と入院中に処方した薬剤を重複して処方した。
- ・退院後、患者が入院前に通院していた医療機関を受診し、処方が再開されていたことを把握していなかった。
- ・退院後の外来診療では、入院時の担当医とは別の医師が担当になり、引継ぎがうまく行えていなかった。

7)薬局での取り組み

薬局から報告された主な取り組みを紹介する。

図表Ⅲ-2-16 薬局での取り組み

○患者やお薬手帳からの情報収集

- ・患者のお薬手帳を確認して複数の医療機関を受診していることを把握した場合は、直近の内容だけでは なく、過去の処方内容も確認し、入退院の情報も含めた治療の経緯を把握する。
- ・患者が入院していたことを把握した場合は、診療情報提供書や退院時薬剤情報提供書、薬剤管理サマリー、 退院時に処方された薬剤などを持参してもらい、入院中の薬剤服用歴や退院時の処方内容について積極的 に情報を収集する。
- ・かかりつけ医に通院している患者が別の医療機関に入院し、退院後にかかりつけ医を受診したことを把握した場合は、入院中に薬剤が変更になっている可能性を考慮し、お薬手帳や患者から退院時に処方された薬剤の情報を入手する。

○医療機関との連携

・退院時カンファレンスに参加する機会を増やし、退院前に医療機関から情報を収集する。

(4) 退院後の患者の状態・状況を鑑み処方提案を行った事例

退院後の処方に誤りはないが、患者の状態・状況を鑑み、処方提案を行った事例も報告されている。 事例の内容を紹介する。

図表Ⅲ-2-17 事例の内容

【事例1】

患者は退院後、在宅療養になった。入院中は、高カロリー輸液のネオパレン2号輸液にミネリック-5配合点滴静注シリンジを混合して点滴静注していた。在宅療養時に同じ薬剤が処方されたが、混注するには無菌調剤を行う必要があることや管理上の問題を考慮し、在宅医にエルネオパNF輸液への変更を提案した結果、薬剤が変更になった。

【事例2】

患者は手指が不自由であるため、入院前は薬剤を一包化調剤して交付していた。入院中にプログラフ顆粒が処方され、退院後の外来でも同じ薬剤が処方された。患者自身で顆粒の袋を開封することは困難であり服薬に支障があると判断し、処方医に薬剤変更を提案した結果、タクロリムス錠に変更になり、一包化調剤して交付した。

(5) 医療事故情報収集等事業に報告された事例

本事業部が運営している医療事故情報収集等事業には、医療機関からの医療事故情報として、入院 前から患者に処方されていた抗凝固薬が入院中も継続して処方されていたが、退院後の外来で処方が 漏れた事例が報告されている。この事例では、院外処方箋を受け付けた薬局の薬剤師は、入院前に処方 されていた抗凝固薬が退院後に処方されていないことに気付いていたが、疑義照会を行わなかった。 報告された事例には、疑義照会を行わなかった経緯について記載はなかった。参考のため、事例を紹介 する。

[2]

<参考>医療事故情報収集等事業に報告された事例

事故の内容

腰椎すべり症の術前検査で非弁膜症性心房細動を指摘されたため、循環器内科から塞栓症予防の目的でリクシアナ錠が処方された。入院中は休薬や再開時期などを循環器内科医師に相談しながら、整形外科の医師が抗凝固薬を処方していた。退院時、リクシアナ錠を14日分処方したが、退院28日後の外来受診の際にリクシアナ錠は処方されず、その後、抗凝固薬は処方されないまま経過した。患者は、物忘れが急激に進行したため脳神経内科を受診し、脳梗塞と診断された。脳神経内科の医師は、患者が抗凝固薬を服用していると家族から聴取したが、カルテを遡ると退院時にリクシアナ錠が処方されて以降、1年2ヶ月の間処方されていなかったことが判明した。

事故の背景要因

- ・退院後の初回外来診察は28日後に予定されていたが、退院時の処方は14日分であり、処方日数が不足していることに院内の薬剤師や看護師は気付かなかった。
- ・整形外科の主治医は、自科で処方するつもりだったのか、他科に依頼するつもりだったのか、紹介元の医師 に依頼するつもりだったのか不明である。
- ・患者は今まで、整形外科、循環器内科以外にも複数の診療科を受診し、糖尿病内科には定期的に受診していた。
- ・入院前は、循環器内科の外来で抗凝固薬が処方されていた。退院後の整形外科の初回外来診察日に、患者は 糖尿病内科にも受診した。その際、発行された処方箋は、糖尿病内科のもののみであった。
- ・当院から紹介元に宛てた診療情報提供書を患者に渡していたが、退院後、患者は紹介元の医療機関に通院しなかったため、患者に抗凝固薬が処方されていることは、紹介元の医師に伝わっていなかった。
- ・保険薬局の薬剤師は、抗凝固薬が処方されていないことに気付いたが、疑義照会を行わなかった。

医療機関から報告された改善策

- ・「抗凝固薬・抗血小板薬の休薬・再開・退院処方計画」のシートを作成し、医師、看護師、薬剤師で薬剤の 投与状況を確認する。
- ・退院後に処方する担当医を確認する。
- ・薬剤師は退院時に服薬指導を行う際、退院後の外来診察の日程を把握したうえで処方日数の確認を行う。
- ・保険薬局には、継続して処方されていた薬剤が中止になった際は、必ず疑義照会を行うよう申し入れた。

(6) まとめ

本テーマでは、退院後の薬剤の継続に関する疑義照会や処方医への情報提供の事例について分析を行った。患者の情報、疑義照会や処方医への情報提供を行うと判断した情報、疑義照会や処方医への情報提供を行った先の医療機関などを整理した。さらに、疑義照会の内容を分類してその内容ごとに報告された情報を整理し、推定される要因、薬局での取り組みをまとめた。また、医療事故情報収集等事業に医療機関から報告された医療事故情報の中から、退院後の外来で継続して処方すべき抗凝固薬の処方が漏れた事例を紹介した。

退院後の患者の診療は、入院していた医療機関の外来で継続される場合と、入院前に受診していたかかりつけ医や、別の新たな医療機関に引き継がれる場合がある。いずれの場合でも、医療機関や医師の連携が不十分であったことが要因となり、患者が受ける薬物療法が正しく継続されなかった事例が報告されていた。患者が退院後も継続して必要な薬物療法を受けるには、医療機関内の入院・外来担当医師間の連携や、入院していた医療機関と退院後に診療を引き継ぐ医療機関の連携が重要になる。また、患者が入院していた医療機関が提供した薬剤情報に誤りがあった事例や、薬剤情報が退院直前の内容ではなかったため、診療を引き継いだ医師の処方に誤りが生じた事例も報告されていた。退院後の患者の診療を引き継ぐ医療機関や医師へ、最新の患者の薬剤情報を正しく提供するため

[1]

に、ICT などを活用した体制を構築する必要がある。

患者に安全で有効な薬物療法を切れ目なく提供するためには、医療機関と保険薬局の薬剤師の連携を強化することも重要である。医療機関の薬剤師は退院時服薬指導を行い、患者のお薬手帳に退院時薬剤情報提供書を貼るなどして、保険薬局の薬剤師が退院時の薬剤情報を把握できるよう取り組む必要がある。一方、外来の処方箋を応需する薬局薬剤師は、患者が退院後も継続した薬物療法を受けることができるよう、入院前から退院時、さらに退院後の患者の薬剤服用歴を一元的・継続的に把握し管理する必要がある。来局が途絶えていた患者の処方箋を応需した際はその経緯を確認し、患者が入院していた場合には、退院時薬剤情報提供書や薬剤管理サマリー、お薬手帳、診療情報提供書、検査結果、患者が薬局に持参した薬剤などから退院時に処方された薬剤を把握し、応需した処方箋の内容と照合することが重要である。また、退院後に在宅療養を受ける患者の処方箋を応需する薬局薬剤師は、入院中の患者の情報や今後の治療方針などに関する情報を収集するため、退院時共同指導や退院時カンファレンスなどに積極的に参加することが望ましい。

薬局での業務の見直しや研修を行う際に、あるいは、地域の医療機関と薬局の連携の在り方を検討する機会などに、本報告書の分析内容や紹介事例をご活用いただきたい。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第27回報告書

事例から学ぶ

退院後の薬剤の継続に関する事例

【投与量間違い】

■事例の詳細

医療機関Aから退院後、患者は近隣の医療機関Bで治療を継続することになり、久しぶりに来局した。今回はプレドニン錠5mg 1日1錠、プレドニゾロン錠1mg 1日1錠が処方された。お薬手帳に記載された退院時処方は、プレドニゾロン錠1mg 1日4錠であった。薬剤を交付する際、家族から増量の話は聞いていないことを聴取したため、疑義照会を行った結果、プレドニゾロン錠1mg 1日4錠に変更になった。

■推定される要因

医療機関Aからの診療情報提供書にプレドニゾロン6mgと誤って記載されており、 医療機関Bはその通りに処方した。

■薬局での取り組み

お薬手帳を必ず確認し、治療の経緯を把握する。処方箋とお薬手帳に記載された薬剤を照合する。

→この他にも事例が報告されています。

【薬剤の重複】

◆ 患者は、医療機関Aに入院中、医療機関Bの心療内科から処方されていたドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠も処方され、服用を継続していた。退院後、患者は医療機関Bの心療内科を受診し、ドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠が処方された。その後、患者が医療機関Aの外来を受診した際、入院中に追加されたドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠が処方された。医療機関Aの処方医に、患者が退院後に医療機関Bへの通院を再開して薬剤が処方されていることを伝えた結果、ドネペジル塩酸塩錠とノイロビタン配合錠は削除になった。

【中止すべき薬剤の処方】

◆ 医療機関Aのかかりつけ医よりプラビックス錠75mgが継続して処方されていた患者が、 脳出血で医療機関Bに入院し、プラビックス錠75mgが中止になった。退院後に医療機関A のかかりつけ医を受診した際、入院前に服用していた薬剤が処方され、その中にプラビッ クス錠75mgも含まれていた。患者が入院した経緯や退院時の処方薬をかかりつけ医に 伝え、プラビックス錠75mgを再開するか否かを確認したところ、削除になった。

【処方漏れ】

◆ 患者が医療機関Aから退院後、クリニックBの医師が治療を引き継ぎ、薬剤が処方された。 お薬手帳を確認したところ、退院時に医療機関Aから処方されていたジャディアンス錠 10mgの処方が漏れていた。クリニックBの処方医に疑義照会を行った結果、ジャディア ンス錠10mgが追加になった。医療機関Aでは2つの診療科から患者に薬剤が処方されて いたが、医療機関AからクリニックBに提供された情報は1つの診療科で処方されていた 薬剤のみであり、ジャディアンス錠10mgは記載されていなかった。

【薬剤名間違い】

◆ 入院していた医療機関Aからの紹介で医療機関Bを受診した患者に、アスパラカリウム錠300mgが処方された。当薬局への来局は初めてであり、お薬手帳には医療機関Aを退院した際に処方された薬剤の記載はなかった。患者が退院時薬剤情報提供書を持っていたため確認したところ、L・アスパラギン酸Ca錠200mgが処方されていた。処方箋に記載されていた検査値を確認すると、K値は4.0mEq/Lで正常範囲内、Ca値は8.1mg/dLで基準値以下であったため、疑義照会を行った結果、L・アスパラギン酸Ca錠200mgに変更になった。

ポイント

- ●退院後の患者の診療は、入院していた医療機関の外来で継続される場合と、入院前に 受診していたかかりつけ医や、別の新たな医療機関に引き継がれる場合がある。患者 が退院後も継続して必要な薬物療法を受けるには、医療機関内の入院・外来担当医師間 の連携や、入院していた医療機関と退院後に診療を引き継ぐ医療機関の連携が重要に なる。退院後に患者の診療を引き継ぐ医療機関や医師へ最新の薬剤情報を正しく提供 するために、ICTなどを活用した体制を構築する必要がある。
- ●入院治療を受けた患者が退院後も継続して薬物療法を受けることができるよう、処方箋を応需する薬局薬剤師は、入院前から退院時、さらに退院後の患者の薬剤服用歴を一元的・継続的に把握し管理することが重要である。
- ●来局が途絶えていた患者の処方箋を応需した際は、その経緯を確認する必要がある。 患者が入院していた場合は、退院時薬剤情報提供書や薬剤管理サマリー、お薬手帳、 診療情報提供書、検査結果、患者が薬局に持参した薬剤などから退院時に処方された 薬剤を把握し、応需した処方箋の内容と照合することが重要である。
- ●退院後に在宅療養を受ける患者の処方箋を応需する薬局薬剤師は、入院中の患者の情報 や今後の治療方針などに関する情報を収集するため、退院時共同指導や退院時カンファ レンスなどに積極的に参加することが望ましい。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17東洋ビル 電話: 03-5217-0281 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通) http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/