

## 【7】 退院時等に継続された処方に関する事例

### はじめに

急速な高齢化が進む中で、入退院を繰り返す患者や、基幹病院とかかりつけ医との連携により転医する患者が増えてきている。その際、医療機関間の連携不足等が原因で正しい処方の継続が行われず、処方箋を受けた薬局が疑義照会したことにより適切な薬物治療につながった事例が当事業にも報告されている。「患者のための薬局ビジョン」<sup>1)</sup>でも示されているように、かかりつけ薬剤師・薬局がその機能を発揮するためには、服薬情報を一元的・継続的に把握し、それに基づく薬学的管理・指導を行うことが重要である。

そこで、医療安全の観点から、退院後や転医後に処方が正しく安全に継続されるためには、薬局における薬学的管理を確実に行うことが重要であると考え、本年報の分析テーマとして関連する事例を取り上げ、分析することとした。

## 1. 退院時等に継続された処方に関する事例

### 1) 報告件数

2016年に報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、「事例の内容」「背景・要因」「改善策」に記載された内容について「退院」「入院」「転院」「他院」をキーワードとして検索したところ、該当した事例は70件あった。そのうち、退院時等に継続された処方に関する事例38件を抽出し、本分析の対象とした。

図表7-1 報告件数

	報告件数
ヒヤリ・ハット事例	4,939 (100.0%)
退院時等に継続された処方に関する事例	38 (0.8%)

### 2) 患者の年齢

退院時等に継続された処方に関する事例の「患者の年齢」を図表7-2に示す。患者の年齢は、「71～80歳」と「81歳～90歳」がともに12件と最も多く、合わせると24件で全体の63.2%であった。また、20歳以下の報告はなく、71歳以上の報告件数は28件で全体の73.7%を占めた。

図表7-2 患者の年齢

患者の年齢	報告件数
0～10歳	0 (0.0%)
11～20歳	0 (0.0%)
21～30歳	1 (2.6%)
31～40歳	1 (2.6%)
41～50歳	5 (13.2%)
51～60歳	1 (2.6%)
61～70歳	2 (5.3%)
71～80歳	12 (31.6%)
81～90歳	12 (31.6%)
91～100歳	4 (10.5%)
合計	38 (100.0%)

### 3) 事例の概要

退院時等に継続された処方に関する事例38件のうち、「事例の概要」において「調剤」が選択された事例は4件、「疑義照会」が選択された事例は34件であった。

図表7-3 事例の概要

事例の概要	報告件数
調剤	4 (10.5%)
疑義照会	34 (89.5%)
合計	38 (100.0%)

## 2. 疑義照会的事例の分析

退院時等に継続された処方に関する事例38件のうち、疑義照会に関する事例34件について分析を行った。

### 1) 変更内容

疑義照会の結果、処方の誤りが修正された場合は、薬剤の削除や変更、用法や用量の変更などが行われる。そこで、報告された事例の疑義照会による処方の変更内容を図表7-4に示す。疑義照会による処方の変更内容は、「分量変更」が21件/34件(61.8%)と最も多かった。次いで、「薬剤変更」と「薬剤削除」がそれぞれ4件/34件(11.8%)であった。また、疑義照会的事例全体では、「薬剤変更」が391件/1,359件(28.8%)と最も多かった。次いで「薬剤削除」が370件/1,359件(27.2%)、「分量変更」が339件/1,359件(24.9%)であり、ほぼ同じ割合であった。疑義照会的事例全体と比べると、退院時等に継続された処方に関する事例では、「分量変更」が特に多かった。

図表7-4 変更内容

変更内容	退院時等に継続された処方に関する事例	(参考) 疑義照会的事例
薬剤変更	4 (11.8%)	391 (28.8%)
用法変更	1 (2.9%)	99 (7.3%)
用量変更	1 (2.9%)	72 (5.3%)
分量変更	21 (61.8%)	339 (24.9%)
薬剤削除	4 (11.8%)	370 (27.2%)
その他	3 (8.8%)	88 (6.5%)
合計	34 (100.0%)	1,359 (100.0%)

## 2) 処方された医薬品および主な薬効

疑義の対象となった医薬品名を入力する項目である「処方された医薬品」に記載された医薬品名を集計し、主な薬効とともに図表7-5に示す。「処方された医薬品」は30剤報告され、そのうち2回報告された医薬品名は、ウブレチド錠5mg、エリキユース錠5mg、ダイアート錠60mg、プラビックス錠25mg、ユリーフ錠4mgの5剤であった。「処方された医薬品」のうちハイリスク薬は、13剤/30剤(43.3%)であり、約半数を占めた。

図表7-5 「処方された医薬品」及び主な薬効

医薬品名	主な薬効	報告回数
ウブレチド錠5mg	自律神経剤	2
エリキユース錠5mg	血液凝固阻止剤	2
ダイアート錠60mg	利尿剤	2
プラビックス錠25mg	その他の血液・体液用薬	2
ユリーフ錠4mg	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	2
アーチスト錠2.5mg	血圧降下剤	1
イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」	その他の血液・体液用薬	1
エリキユース錠2.5mg	血液凝固阻止剤	1
ガスター散10%	消化性潰瘍用剤	1
カンデサルタン錠4mg「あすか」	血圧降下剤	1
クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	無機質製剤	1
グリメピリド錠0.5mg「ケミファ」	糖尿病用剤	1
クロピドグレル錠75mg「SANIK」	その他の血液・体液用薬	1
コソプト配合点眼液	眼科用剤	1
サンリズムカプセル25mg	不整脈用剤	1
ジクロフェナクNaゲル1%「日本臓器」	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	1
ソラナックス0.4mg錠	催眠鎮静剤、抗不安剤	1
タケキャブ錠20mg	消化性潰瘍用剤	1
ネキシウムカプセル10mg	消化性潰瘍用剤	1
ノルバデックス錠10mg	その他の腫瘍用薬	1
ビクトーザ皮下注18mg	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）	1
プロナック点眼液0.1%	眼科用剤	1
プロピペリン塩酸塩錠10mg「タナベ」	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	1
ボグリボースOD錠0.2mg「ケミファ」	糖尿病用剤	1
ミノサイクリン塩酸塩錠100mg「サワイ」	主としてグラム陽性・陰性菌、リケッチア、クラミジアに作用するもの	1
メインテート錠5mg	不整脈用剤	1
メキシチールカプセル100mg	不整脈用剤	1
モーラスパップ30mg	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	1
ランタス注ソロスター	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）	1
リスペリドン内用液1mg/mL「ヨシトミ」	精神神経用剤	1

※ ハイリスク薬をゴシック体で示す。

### 3) 発生要因

疑義照会の事例の大半は、医療機関で発生した処方誤りを薬局で発見した事例であり、薬局以外の医療機関における発生要因が記載されていることが多い。発生要因(複数回答有)を集計し、図表7-6に示す。発生要因としては、「確認を怠った」が16件/65件(24.6%)、「連携ができていなかった」が11件/65件(16.9%)と多かった。どちらも「当事者の行動に関する要因」の項目に該当する要因であった。疑義照会の事例全体では、「確認を怠った」が582件/1,913件(30.4%)、「知識が不足していた」が166件/1,913件(8.7%)、「患者側」が158件/1,913件(8.3%)などであった。

図表7-6 発生要因

(単位：件)

発生要因		退院時等に継続された処方に関する事例	(参考) 疑義照会の事例
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	16 (24.6%)	582 (30.4%)
	報告が遅れた(怠った)	0 (0.0%)	6 (0.3%)
	記録などに不備があった	6 (9.2%)	66 (3.5%)
	連携ができていなかった	11 (16.9%)	104 (5.4%)
	患者への説明が不十分であった(怠った)	0 (0.0%)	21 (1.1%)
	判断を誤った	5 (7.7%)	37 (1.9%)
ヒューマンファクター	知識が不足していた	5 (7.7%)	166 (8.7%)
	技術・手技が未熟だった	0 (0.0%)	28 (1.5%)
	勤務状況が繁忙だった	2 (3.1%)	85 (4.4%)
	通常とは異なる身体的条件下にあった	0 (0.0%)	1 (0.1%)
	通常とは異なる心理的条件下にあった	0 (0.0%)	9 (0.5%)
	その他(ヒューマンファクター)	5 (7.7%)	77 (4.0%)
環境・設備機器	コンピュータシステム	1 (1.5%)	79 (4.1%)
	医薬品	3 (4.6%)	85 (4.4%)
	施設・設備	1 (1.5%)	9 (0.5%)
	諸物品	0 (0.0%)	1 (0.1%)
	患者側	1 (1.5%)	158 (8.3%)
	その他(環境・設備機器)	2 (3.1%)	57 (3.0%)
	教育・訓練	1 (1.5%)	56 (2.9%)
その他	仕組み	5 (7.7%)	56 (2.9%)
	ルールの不備	1 (1.5%)	19 (1.0%)
	その他(その他)	0 (0.0%)	211 (11.0%)
合計		65 (100.0%)	1,913 (100.0%)

※ 発生要因は複数回答が可能である。

Ⅲ  
【1】  
【2】  
【3】  
【4】  
【5】  
【6】  
【7】

退院時等に継続された処方に関する事例

#### 4) 処方継続された経緯

報告された事例の「事例の内容」「背景・要因」「改善策」の記述から、退院時等において処方が継続された経緯を整理し、疑義が生じた内容とともに図表7-7に示す。処方が継続された経緯をみると、他の医療機関との連携は21件/34件(61.8%)であり、そのうち外来診療における処方の継続が15件、退院後の外来診療における処方の継続が6件であった。また、同一医療機関における入院から外来診療への継続は13件/34件(38.2%)であった。処方の疑義内容をみると、いずれの場合も「規格間違い」と「分量間違い」の報告件数が多かった。

図表7-7 処方が継続された経緯

処方継続の経緯		疑義内容	報告件数		
他の医療機関との連携	外来→外来	規格間違い	6	15	21 (61.8%)
		分量間違い	3		
		薬剤間違い	3		
		処方漏れ	1		
		不要な薬剤の処方	1		
		用法間違い	1		
	入院→外来	分量間違い	3	6	
		規格間違い	2		
		処方期間	1		
同一医療機関内の連携	入院→外来	規格間違い	4	13	13 (38.2%)
		分量間違い	3		
		処方漏れ	2		
		処方の重複	2		
		薬剤間違い	1		
		不要な薬剤の処方	1		
合 計				34 (100.0%)	

次に、主な事例の内容を図表7-8に示す。

図表7-8 主な事例の内容

処方継続の経緯	事例の内容等
他の医療機関との連携	
【事例1】	
外来→外来	<p>(事例の内容) 患者は今まで他院でもらっていた薬を近隣の診療所から処方してもらうこととなった。新患であったためお薬手帳を確認し、今まではイコサペント酸エチル粒状カプセル600mgが処方されていたことがわかったが、処方箋はイコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」であった。本人は処方内容の変更を聞いていなかったため、処方医に疑義照会した結果イコサペント酸エチル粒状カプセル600mgに変更になった。</p> <p>(背景・要因) 医師の単純な処方間違いであった。</p> <p>(改善策) 新患の場合は、お薬手帳を必ず確認する。</p>
【事例2】	
入院→外来	<p>(事例の内容) 患者は病院を退院後、同病院の最初の外来を受診した際「かかりつけ病院への紹介状」と処方箋を受け取り、A薬局に来局した。A薬局にて入院時の担当医に疑義照会を行った結果、クロピドグレル錠75mg「SANIK」2錠分2朝食後の処方が1錠分1朝食後に変更になった。しばらくして患者は紹介状を持ってかかりつけ医を受診した。かかりつけ医は紹介状通りに薬剤を処方し、患者は処方箋をもって当薬局に来局した。お薬手帳で確認した前回の処方内容と処方箋が異なるため、かかりつけ医に疑義照会すると紹介状通りに処方したとのことであった。そこで、前回調剤したA薬局に問い合わせたところ、退院後の処方に変更があったことがわかった。その経緯をかかりつけ医に伝え、クロピドグレル錠75mg「SANIK」1錠分1朝食後に変更となった。</p> <p>(背景・要因) 退院時にもらった紹介状の処方内容に誤りがあった。お薬手帳にて退院後の処方内容と比較ができたため、間違いに気付いた。用法・用量に関しては知識不足であったため、お薬手帳がなければ気付かなかった可能性があった。</p> <p>(改善策) 薬剤の用法・用量は添付文書等で確認し、自分の知識として身につける。お薬手帳は必ず確認し、前回の処方内容と違いがあれば医療機関に確認する。お薬手帳の持参率の増加を目指す。</p>

Ⅲ  
【1】  
【2】  
【3】  
【4】  
【5】  
【6】  
【7】  
退院時等に継続された処方に関する事例

処方継続の経緯	事例の内容等
同一医療機関内の連携	
【事例3】	
入院→外来	<p><b>(事例の内容)</b> 糖尿病にて入院していた患者に、退院後グリメピリド錠0.5mg「ケミファ」0.5錠分1朝食後30日分が処方された。今までの処方量と比べかなり減量されていた。お薬手帳を確認したところ、退院薬はグリメピリド錠1mg 0.5錠であった。処方医から患者に減量の説明がなかったため、疑義照会を行った結果、グリメピリド錠0.5mg 1錠に変更された。</p> <p><b>(背景・要因)</b> 病院の採用医薬品にグリメピリド錠0.5mgがなかったため、退院薬はグリメピリド錠1mg 0.5錠が処方された。今回は院外処方箋であったため、処方医はグリメピリド錠0.5mgを処方したが、数量が0.5錠のままであった。</p> <p><b>(改善策)</b> 未記載</p>

### 5) 疑義があると判断した理由

薬剤師が処方に関して疑義があると判断した過程には、処方箋のみを見て記載内容に疑義があると判断した場合や、過去の処方内容と照合して疑義があると判断した場合、薬剤服用歴や患者へのインタビューから得られた患者に関する情報により処方内容に疑義があると判断した場合などがある。そこで、疑義照会の事例について、疑義があると判断した理由について図表7-9に示す。

「当該処方せんのみで判断」を選択した事例は、3件/34件(8.8%)であった。「疑義があると判断した理由」として、「上記以外で判断」を選択した事例が19件(55.9%)で最も多かった。次いで「当該処方せんと薬局で管理している情報で判断」を選択した事例が12件/34件(35.3%)であり、両者を合わせると31件/34件(91.2%)となった。退院時等に継続された処方に関する事例では、当該処方箋の記載内容だけではなく、薬局で管理している情報や患者との会話から得られた情報と処方内容を照し合わせることで疑義があると判断していることが示唆される。

図表7-9 疑義があると判断した理由

(単位：件)

疑義があると判断した理由	退院時等に継続された処方に関する事例	(参考) 疑義照会の事例
当該処方せんのみで判断	3 (8.8%)	397 (29.2%)
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	12 (35.3%)	666 (49.0%)
上記以外で判断	19 (55.9%)	296 (21.8%)
合計	34 (100.0%)	1,359 (100.0%)



## 6) 疑義があると判断する契機となった情報

報告された事例の「事例の内容」「背景・要因」「改善策」の記述から、疑義があると判断する契機となった具体的な情報を抽出し、図表7-10に示す。

疑義があると判断する契機となった情報のうち、「お薬手帳からの情報」によって疑義照会に至った事例が23件/38件(60.5%)と最も多く、そのうち「お薬手帳の内容と処方内容との相違」が契機となった事例は21件であった。退院時等に継続された処方に関する事例においては、患者が持参するお薬手帳から得られた情報と処方内容との照合が特に重要であることが示唆される。

図表7-10 疑義があると判断する契機となった情報

疑義があると判断する契機となった情報		報告件数	
お薬手帳からの情報	お薬手帳の内容と処方内容との相違	21 (55.3%)	23 (60.5%)
	同一、同効薬の重複	1 (2.6%)	
	患者の疾患、病態	1 (2.6%)	
患者・家族からの情報	患者が理解している内容と処方内容との相違	5 (13.2%)	6 (15.8%)
	患者の疾患、病態	1 (2.6%)	
薬局で管理している情報	薬歴と処方内容との相違	2 (5.3%)	5 (13.2%)
	同一成分、同効薬の重複	2 (5.3%)	
	年齢・体重当たりの薬剤量	1 (2.6%)	
処方箋	年齢・体重当たりの薬剤量	1 (2.6%)	4 (10.5%)
	その他	3 (7.9%)	
合計		38 (100.0%)	

※ 疑義があると判断する契機となった情報が複数含まれる事例がある。

## 7) 疑義照会や情報収集を行った医療機関等

他の医療機関との連携により継続された処方に関する事例21件(既出、図表7-7)の「事例の内容」「背景・要因」「改善策」の記述から、薬局が疑義照会や情報収集を行った医療機関等を集計し、図表7-11に示す。処方医のみに疑義照会を行った事例は16件であった。一方、処方医以外の医療機関等からも情報を収集し、疑義照会した事例は5件あった。それら5件の情報収集先は、前処方医が3件、前回調剤した薬局が1件、患者が入所している施設が1件であった。

図表7-11 疑義照会や情報収集を行った医療機関等

疑義照会や情報収集を行った医療機関等	報告件数
処方医	16 (76.2%)
処方医と前処方医	3 (14.3%)
処方医と前回調剤した薬局	1 (4.8%)
処方医と入所施設	1 (4.8%)
合計	21 (100.0%)

## 8) 薬局から報告された主な改善策

疑義照会の事例は、薬剤師が処方に関して疑義があると判断し、医療機関に問い合わせを行ったことで処方が修正され、医療事故を未然に防ぐことができた事例が多く含まれている。これらの事例において、薬局から報告された改善策は他の薬局においても参考になると考え、主なものを整理して図表7-12に示す。

図表7-12 薬局から報告された主な改善策

○処方箋監査の徹底
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の初回処方箋は、入院前と変更がないか確認する。</li> <li>・医師間のやりとりで規格等が欠落することがあるため、処方箋の「医薬品名」「剤形」「mg数」「用量」「用法」「日数・回数」に誤りがないか確認する。</li> <li>・他院からの継続薬は、以前の医療機関の処方内容と確認する。</li> <li>・急いでいても調剤手順を遵守する。</li> </ul>
○お薬手帳の活用
<ul style="list-style-type: none"> <li>・2種類以上の規格が存在する医薬品が処方されている場合は、お薬手帳等で前の処方内容を確認するとともに患者からも話を聞く。</li> <li>・他院からの継続処方箋は規格や薬剤量等に誤りが多くみられるため、お薬手帳等を必ず確認し処方箋の内容と照し合わせる。</li> <li>・新患の場合はお薬手帳を必ず確認する。</li> </ul>
○薬剤服用歴の活用
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤服用歴の過去の情報と照合する。</li> </ul>
○患者情報の収集
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他院から継続された処方内容に変更がある時は、患者に変更理由を確認する。</li> <li>・前回の処方内容と変更がない場合でも、処方内容の確認は患者と欠かさず行う。</li> <li>・交付時に患者の話によく耳を傾ける。</li> <li>・交付時には、患者と共に医薬品の確認を行う。</li> </ul>
○医療機関との連携
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他院から継続された処方薬の規格等に変更があった場合は、医療機関に変更理由を確認する。</li> <li>・他院から継続された処方箋に疑義がある場合は、お薬手帳の確認だけでなく前処方医や以前に処方を受けていた薬局にも確認を行う。</li> <li>・医療機関から、入院中の情報や退院時処方について情報提供を行ってもらおう。</li> <li>・医療機関からの情報提供は、処方箋の手書きの写し等ではなく印字された書類での提供が望ましい。</li> <li>・医薬品に関する問合せを行う場合は、「医薬品名」「剤形」「mg数」「用量」「用法」「日数・回数」が記載できるフォーマットを作成して行う。</li> </ul>
○患者への指導
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のお薬手帳の持参率を上げる。</li> </ul>
○知識の向上
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品の用法・用量は添付文書等で確認し、自分の知識として身につける。</li> </ul>

### 3. 調剤の事例の分析

退院時等に継続された処方に関する事例38件のうち、「調剤」が選択された4件の事例は全て「処方せん監査間違い」が選択された事例であった。これらの事例の「事例の内容」「背景・要因」「改善策」の中には、疑義照会を行わなかったがその後疑義が生じたことが記載されていた。主な事例の内容を図表7-13に紹介する。

図表7-13 疑義照会を行わなかったがその後疑義が生じた主な事例

事例の内容等
<p><b>【事例1】</b></p> <p>(事例の内容) 患者が施設に入所する際、ウインタミン錠25mg 2錠分2が処方された。ウインタミン錠は発売中止のため、問い合わせた結果コントミン糖衣錠25mgに変更となった。薬剤服用歴を確認したところ、当薬局では患者にウインタミン錠は交付しなかったが、併用薬として記載があったクロルマジノン酢酸エステル錠をクロルプロマジン塩酸塩と勘違いし、ウインタミン錠25mgは他院から引き継いだ薬だと思い込み処方通りに調剤した。以前より嚔下はあまりよくない患者だと聞いていたが、処方2ヶ月間継続した。その後、誤嚥性肺炎で入院となった。入院先で、処方医の誤りによりコントミン糖衣錠25mgが処方されていたことがわかった。その後嚔下は改善しないまま他病院に入院中である。事実が判明した後2か月程経ってから、患者家族と処方医から当薬局に報告があり、当薬局で併用薬を確認する際に誤りがあったことがわかった。</p> <p>(背景・要因) 薬剤服用歴に併用薬として一般名でクロルマジノンと記載があったが、クロルプロマジンと読み間違えた。また規格も25mgで用法も分2であったため違和感がなかった。この処方箋の他に、ウインタミン錠の問い合わせがあったことも影響した。</p> <p>(改善策) 併用薬が一般名で記載されている場合は、先発医薬品名を併記することにした。</p>
<p><b>【事例2】</b></p> <p>(事例の内容) 他院にてプレタールOD錠50mg 2錠1日2回朝夕が処方されていたが、今回プレタールOD錠100mg 2錠1日2回朝夕が処方され、そのまま交付した。その後、医療機関に問い合わせた結果50mgに変更となった。</p> <p>(背景・要因) 他院からもらっていた薬が追加になったため、お薬手帳にて確認したが、記載様式が自薬局と異なっていたことと、思い込みが重なり、お薬手帳の内容と同じであると判断した。</p> <p>(改善策) 追加薬がある際は、お薬手帳と違いがないか確認する。思い込みをなくすように心がける。</p>

### 4. 「共有すべき事例」で取り上げた事例

本事業では、特に重要で周知すべきと考えられる事例を「共有すべき事例」として、総合評価部会の委員による「事例のポイント」を付して公表している。共有すべき事例で取り上げた事例の中から、退院時等に継続された処方に関する事例を紹介する。

## 共有すべき事例 2016年12月 事例4（事例番号：00000050464）

事例の内容等
かかりつけ医からサンリズムカプセル25mg 3カプセル分3毎食後が処方された。患者への聞き取りによると、患者は3日前に頻脈を起こして基幹病院に入院し、翌日退院する際に薬が処方された。基幹病院からかかりつけ医に書簡での連絡が為され、患者は続きの薬をかかりつけ医にもらうように指示されていたが、書簡にはサンリズムとだけ記載されており規格の記載がなかった。患者本人が頓服で服用すると言ったため、薬剤師は25mgでは少ないと感じ基幹病院に連絡したところ、発作時の頓服薬としてサンリズムカプセル50mgが退院時に処方されたことがわかった。かかりつけ医に伝え、サンリズムカプセル50mgに処方変更となった。
背景・要因
医師間の書簡のやりとりで、規格が欠落することがある。病院では規格を絞って医薬品を採用することがあり、その結果、医師が処方する際に医薬品の規格を省略する場合がある。
薬局が考えた改善策
たとえ採用されている医薬品が1規格だけであっても、処方箋に記載すべき内容は省略せずに記載する。医師に限らず医薬品について伝える場合は、「医薬品名」「剤形」「mg数」「用量」「用法」「日数・回数」をきちんと記載できるようなフォーマットを準備する。外用薬でも「部位」や「回数」などが欠落することがあるので注意する。
事例のポイント
<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の間でやり取りされる紹介状では「医薬品名」「剤型」「mg数」「用法用量」等が一部省略され書かれていないことがある。</li> <li>●患者から入院の経緯や退院時処方などの情報を聞き出し、処方内容と照らし合わせることで正しい処方につながった事例である。</li> </ul>

## 5. まとめ

本稿では、2016年に報告された退院時等に継続された処方に関する事例を集計し、そのうち疑義照会の事例を中心に分析した。疑義照会の事例34件のうち、最も多い変更内容は「分量変更」であった。「処方された医薬品」は30剤報告され、そのうちハイリスク薬が約半数を占めた。疑義があると判断する契機となった情報では、「お薬手帳からの情報」によって疑義照会に至った事例が最も多く、次いで「患者・家族からの情報」「薬局で管理している情報」が多かった。特に、他の医療機関との連携により継続された処方に関しては、疑義を解消するために前処方医や前回患者の処方箋を調剤した薬局などにも問い合わせ、収集した情報も加味した上で処方医に疑義照会を行っていることがわかった。また、薬局から報告された改善策や、調剤に関する事例で疑義照会を行わなかったがその後疑義が生じた事例についても紹介した。

退院時等に継続された処方において、服薬情報を一元的・継続的に把握し、それに基づく薬学的管理・指導を行うためには、処方箋の情報だけでは不十分な場合があり、お薬手帳などから得られる情報が重要となる。それでも十分な情報が得られない場合は、前処方医や他の薬局からも積極的に情報収集することが適切な処方の継続に繋がる。退院時等の安全で適切な処方の継続において薬剤師の果たす役割は大きく、本稿で取り上げた事例や分析結果を薬学的管理の質の向上のために活用していただきたい。

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成28年年報

## 事例から学ぶ

### ⑦退院時等に継続された処方に関する事例

#### ■事例の内容

かかりつけ医からサンリズムカプセル25mg 3カプセル分3毎食後が処方された。患者への聞き取りによると、患者は3日前に頻脈を起こして基幹病院に入院し、翌日退院する際に薬が処方された。基幹病院からかかりつけ医に書簡での連絡がなされ、患者は続きの薬をかかりつけ医にもらうように指示されていたが、書簡にはサンリズムとだけ記載されており規格の記載がなかった。患者本人が頓服で服用すると言ったため、薬剤師は25mgでは少ないと感じ基幹病院に連絡したところ、発作時の頓服薬としてサンリズムカプセル50mgが退院時に処方されたことがわかった。かかりつけ医に伝え、サンリズムカプセル50mgに処方変更となった。

#### ■背景・要因

病院では規格を絞って医薬品を採用することがあり、その結果、処方する際に医薬品の規格に注意が向かず規格を省略する場合がある。特に、医師間の手書きの書簡のやりとりでは、規格が欠落することがある。

#### ■薬局が考えた改善策

たとえ採用されている医薬品が1規格だけであっても、処方箋に記載すべき内容は省略せずに記載する。医師に限らず医薬品について伝える場合は、「医薬品名」「剤形」「mg数」「用量」「用法」「日数・回数」をきちんと記載できるようなフォーマットを準備する。外用薬でも「部位」や「回数」などが欠落することがあるので注意する。

#### →この他にも事例が報告されています。

- ◆ 排尿困難な患者にウブレチド錠5mg 2錠分2が処方された。患者は他院にてウブレチド錠5mg 1錠分2が処方されていたが、排尿困難以外にも症状があるため紹介状をもらって当該病院を受診した。処方医は、紹介状の「分2」を見てウブレチド錠5mg 2錠分2と勘違いした。添付文書では、手術後及び神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿困難に対し成人1日5mgを経口投与すると記載があるため、疑義照会を行ったところウブレチド錠5mg 1錠分1に変更になった。
- ◆ 他院より転医してきた患者の処方箋を受け取った。ダイアート錠60mg 1錠が処方されたが、今までダイアート錠60mg 0.5錠が処方されていたことがお薬手帳により確認できたため疑義照会を行った。ダイアート錠30mg 1錠へ変更となった。

- ◆ グリメピリド錠0.5mg 0.5錠分1朝食後30日分の処方を受け付けた。患者は糖尿病で入院し、退院時に病院から薬をもらっていた。お薬手帳で確認したところ、退院時の処方薬はグリメピリド錠1mg 0.5錠であることがわかった。患者は処方医から減量の説明を聞いていなかったため疑義照会を行った結果、グリメピリド錠0.5mg 1錠に変更となった。病院ではグリメピリド錠0.5mgが採用されていないため退院処方薬はグリメピリド錠1mgで処方されたが、院外処方においてグリメピリド錠0.5mgに切り替える際に間違いが生じたようである。
- ◆ 患者の入退院前後の処方内容をお薬手帳にて確認したところ、退院時に処方されたアスペノンカプセルと入院前に処方されていたメキシチールカプセル100mgと一緒に処方されていることがわかった。薬効が重複していることから疑義照会した結果、メキシチールカプセル100mgが削除になった。

### 退院時等に継続された処方に関する事例のポイント

- 退院時等に継続された処方では、入院中の類似薬への変更や紹介状の記載不備等により処方内容が正しく継続されず、思わぬリスクを伴うことがある。お薬手帳や患者から聞き取った情報、薬剤服用歴などを有効に活用し、患者の不利益を回避することが重要である。
- 特に規格が複数ある医薬品の場合は、退院時等に連携が上手くいかないと、前処方医が意図した薬剤量が反映されないことがある。患者から収集した情報と医薬品の適応症や用法・用量、服用回数などを照らし合わせ、的確に疑義照会を行うことが重要である。
- 一般名処方が増えている現状では、入院時に服用していた医薬品と同成分でありながら異なる名称の医薬品が記載された処方箋を薬局で受け取るケースが今後さらに増えると推測できる。入院時に服用していた医薬品と違うことで患者が不安に感じないように、患者に寄り添った適切な服薬指導を心がける。



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.jqhc.or.jp/>

薬局ヒヤリ・ハット分析表 2016年

⑦ 退院時等に継続された処方に関する事例

処方継続された経緯と疑義内容

ヒヤリ・ハット事例のうち、退院時等に継続された処方に関する事例が38件報告されています。(集計期間：2016年1月1日～12月31日)。このうち、疑義照会の事例34件について処方継続された経緯と疑義内容を以下に示します。

処方継続の経緯		疑義内容	報告件数		
他の医療機関との連携	外来→外来	規格間違い	6	15	21 (61.8%)
		分量間違い	3		
		薬剤間違い	3		
		処方漏れ	1		
		不要な薬剤の処方	1		
		用法間違い	1		
	入院→外来	分量間違い	3	6	
		規格間違い	2		
		処方期間	1		
	同一医療機関内の連携	入院→外来	規格間違い	4	
分量間違い			3		
処方漏れ			2		
処方の重複			2		
薬剤間違い			1		
不要な薬剤の処方			1		
合計			34 (100.0%)		

※ 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成28年年報 223頁 図表7-7をもとに作成した。



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.jcqh.or.jp/>

Ⅲ  
 【1】  
 【2】  
 【3】  
 【4】  
 【5】  
 【6】  
 【7】

退院時等に継続された処方に関する事例

## 参考資料

- 1) 厚生労働省.“患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～”.  
[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf) (参照 2017-7-10)