2　分析テーマ

【1】退院前後の処方間違いに関連した事例

患者が入院して治療を受ける際、治療内容によってはそれまで内服していた薬剤を中止、休止、または量の変更などの調整が行われることがある。その後、退院する際は、入院前に服用していた薬剤をそのまま継続したり、入院治療により薬剤が追加されたり、これまで内服していた薬剤を中止したりして、次の外来受診時までの退院処方が行われる。また、退院後は、外来や転院先で処方が継続される。

本事業には、退院処方で一部の薬剤の処方が漏れたことにより、必要な薬物療法が継続されなかった事例や、入院中のみ投与する薬剤を退院処方に含めたため、退院後も内服した事例などが報告されている。また、退院後の外来や転院先で患者に必要な薬剤の継続ができなかった事例が報告されている。2019年度には、「退院時にプレドニン錠を処方し忘れた事例」[1)] について現地状況確認調査を行った。また、本事業部は、医療事故情報収集等事業とともに薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を運営しており、同事業の第27回報告書（2022年9月公表）の分析テーマでは薬局から報告された事例をもとに「退院後の薬剤の継続に関する事例」[2)] を取り上げた。薬局から医療機関に疑義照会をした内容は、投与量間違いや薬剤の重複、中止すべき薬剤の処方が多かった。

今回、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして、2023年7月～12月に「退院前後の処方を間違えた事例」を収集し、医療事故情報と併せて分析を行うこととした。本テーマは2回の報告書にわたって取り上げることとしており、本報告書では、報告された医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から退院処方を間違えた事例について分析を行うことにした。

（1）医療事故情報の概要

1）報告状況

①対象事例

2020年1月～2023年12月に報告された医療事故情報の中から、「退院　転院」のいずれかを含み、かつ「処方　オーダ　指示　診療情報　紹介状　薬局　薬剤情報」のいずれかを含む事例を検索した。検索された事例の内容を精査し、退院前後の処方・指示を間違えた事例を対象とした。

②報告件数

2020年1月～2023年12月に報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は29件であった。

図表Ⅲ－1－1　報告件数

報告年	2020	2021	2022	2023	合計
件数	4	3	10	12	29

2）事例の概要

①医師の職種経験年数

本テーマは処方間違いの事例のため、当事者に記載されていた医師の職種経験年数を示す。

図表Ⅲ－１－２　医師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～4年	4
5～9年	11
10～14年	6
15～19年	6
20年以上	3

※当事者は複数回答が可能である。

②処方の種類と事例の分類

処方の種類は、退院処方の事例が17件、退院後の外来や他院の処方の事例が12件であった。事例の分類は、処方・指示漏れが19件と最も多かった。

図表Ⅲ－１－３　処方の種類と事例の分類

事例の分類	処方の種類		合計
	退院処方	退院後の外来や他院の処方	
処方・指示漏れ	11	8	19
不要な薬剤の処方	3	2	5
薬剤間違い	1	1	2
投与量間違い	0	1	1
病態禁忌の薬剤の処方	1	0	1
用法間違い	1	0	1
合計	**17**	**12**	**29**

③処方を間違えた薬剤

処方を間違えた薬剤を整理して示す。分類では循環器系の薬剤が17件と最も多かった。薬剤の種類で多かったのは、抗血栓薬8件、副腎皮質ステロイド7件であった。

図表Ⅲ－１－４　処方を間違えた薬剤

分類※1	薬剤の種類※1	件数※2	
循環器系	抗血栓薬	8	17
	利尿薬	3	
	降圧薬	2	
	心不全治療薬・昇圧薬	2	
	狭心症治療薬	1	
	不整脈治療薬	1	
鎮痛・抗炎症・抗アレルギー薬	副腎皮質ステロイド	7	10
	抗リウマチ薬	2	
	オピオイド	1	
消化器系	酸関連疾患治療薬	4	6
	腸疾患治療薬	1	
	肝疾患治療薬	1	
内分泌・代謝系	脂質異常症治療薬	2	6
	甲状腺疾患治療薬	1	
	骨・カルシウム代謝薬	1	
	糖尿病治療薬	1	
	高尿酸血症・痛風治療薬	1	
抗悪性腫瘍薬・免疫抑制薬	抗悪性腫瘍薬	1	2
	免疫抑制薬	1	
病原微生物に対する医薬品	抗結核薬	1	2
	抗菌薬	1	
精神・神経系	抗うつ薬	1	
血液用薬・血液製剤	造血薬	1	

※1　治療薬ハンドブック2023（じほう）[3] を参考に分類した。
※2　複数の薬剤の処方を誤った事例が含まれる。

④患者への影響

報告された事例で選択された事故の程度と治療の程度を示す。事故の程度では、「障害残存の可能性なし」や「障害なし」が選択された事例が多いが、治療の程度では「濃厚な治療」が選択された事例が15件と多かった。

図表Ⅲ－１－５　事故の程度

事故の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	2
障害残存の可能性がある（低い）	7
障害残存の可能性なし	11
障害なし	9
合計	**29**

図表Ⅲ－１－６　治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	15
軽微な治療	7
治療なし	4

※「医療の実施あり」を選択した26件の内訳を示す。

次に「濃厚な治療」が選択された事例で報告された薬剤を示す。抗血栓薬や副腎皮質ステロイドがそれぞれ4件報告されていた。

図表Ⅲ－１－７　「濃厚な治療」が選択された事例で報告された薬剤

分類※1	薬剤の種類※1	薬剤名※2	件数	
循環器系	抗血栓薬	イグザレルト錠（複数報告あり）	4	6
		プラビックス錠		
		リクシアナ錠		
	不整脈治療薬	アミオダロン塩酸塩錠	1	
	利尿薬	サムスカ顆粒	1	
鎮痛・抗炎症・抗アレルギー薬	副腎皮質ステロイド	プレドニン錠（複数報告あり）	4	5
		プレドニゾロン錠		
		コートリル錠		
	抗リウマチ薬	メトトレキサート錠	1	
抗悪性腫瘍薬・免疫抑制薬	免疫抑制薬	プログラフカプセル	1	
消化器系	酸関連疾患治療薬	タケキャブ※3	1	
内分泌・代謝系	糖尿病治療薬	グラクティブ錠	1	
病原微生物に対する医薬品	抗菌薬	不明	1	
合計			**15**	

※1　治療薬ハンドブック2023（じほう）[3] を参考に分類した。
※2　規格は除いて記載した。
※3　剤形は不明である。

⑤処方間違いに気付いた時期

処方間違いに気付いた時期を示す。退院処方の事例では、患者に影響が出た後に気付いた事例が11件と多かった。患者に影響が出た後に気付いた事例では、緊急入院や体調不良による外来受診などが契機となっていた。また、退院後の外来や他院の処方の事例では、患者に影響が出る前に気付いた事例が5件、影響が出た後に気付いた事例が6件であった。

図表Ⅲ－１－８　処方間違いに気付いた時期

処方間違いに気付いた時期	詳細	件数	
退院処方			**17**
患者に影響が出る前	退院後の外来受診時	2	5
	化学療法のための再入院時	1	
	退院後の薬歴チェック時	1	
	退院処方の確認時	1	
患者に影響が出た後	緊急入院時	6	11
	外来受診時	3	
	救急搬送時	2	
不明			1
退院後の外来や他院の処方			**12**
患者に影響が出る前	外来や転院先での処方後の外来受診時	3	5
	他院からの問い合わせ時	1	
	保健所からの問い合わせ時	1	
患者に影響が出た後	外来受診時	4	6
	緊急入院時	1	
	他院入院時	1	
不明			1
合計			**29**

（2）ヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加している医療機関から、2023年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「退院前後の処方を間違えた事例」を収集した。

1）報告状況

①発生件数情報

2023年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の発生件数情報のうち、今期のテーマの件数を示す。

図表Ⅲ－１－９　「今期のテーマ」の発生件数情報

報告期間	誤った医療に実施の有無				合計
	実施なし			実施あり	
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
7－9月	79	60	443	770	1,352
10－12月	11	79	517	1,014	1,621
合計	90	139	960	1,784	2,973

②事例情報

2023年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の事例情報について、医療事故情報と同様にキーワードに「退院　転院」のいずれかを含み、かつ「処方　オーダ　指示　診療情報　紹介状　薬局　薬剤情報」のいずれかを含む事例を検索したところ、対象事例は32件であった。薬剤師が退院処方の調剤を誤った事例や、看護師が退院処方を渡し間違えた事例の報告は多かったが、今期のテーマである医師の処方間違いの事例については、収集期間内に対象となる事例の件数が少なかった。そこで、ヒヤリ・ハット事例についても、医療事故情報の分析対象期間と同じく2020年1月～2023年6月の報告事例も併せて分析することとした。2020年1月～2023年12月に報告された対象事例は82件であった。

図表Ⅲ－１－１０　報告件数

報告年	2020	2021	2022	2023	合計
件数	13	18	9	42	82

2）事例の概要

①医師の職種経験年数

ヒヤリ・ハット事例の報告は、処方の誤りを発見した薬剤師や看護師が当事者に記載されている事例が多い。本分析テーマは処方間違いの事例が対象のため、報告されたヒヤリ・ハット事例の当事者のうち、医師の職種経験年数のみ抽出し集計した。0～4年の職種経験の浅い医師の報告が多かった。

図表Ⅲ－１－１１　医師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～4年	15
5～9年	6
10～14年	5
15～19年	3
20年以上	4

②処方の種類

報告されたヒヤリ・ハット事例の処方の種類を示す。退院処方が77件と多かった。

図表Ⅲ－１－１２　処方の種類

処方の種類	件数
退院処方	77
退院後の外来や他院の処方	5
合計	82

③事例の分類

事例の分類を示す。1つの事例内に2つの事象が含まれる事例が報告されており、それらの事象は別々に分類したため、前述の図表Ⅲ－１－１２の表とは合計数が異なる。処方・指示漏れが23件と最も多く、次いで投与量間違いが18件、不要な薬剤の処方が14件、次回受診日・入院日までの日数不足が13件であった。

図表Ⅲ－１－１３　事例の分類

事例の分類	処方の種類		合計
	退院処方	退院後の外来や他院の処方	
処方・指示漏れ	22	1	23
投与量間違い	15	3	18
不要な薬剤の処方	12	2	14
次回受診日・入院日までの日数不足	13	0	13
用法間違い	8	0	8
服用開始日間違い	3	0	3
剤形間違い	1	0	1
併用注意薬の処方	1	0	1
その他	3	0	3
合計	**78**	**6**	**84**

※複数の処方間違いが発生した事例が報告されている。

④処方を間違えた薬剤

処方を間違えた薬剤を整理して示す。分類では循環器系の薬剤が19件と多かった。薬剤の種類では、抗血栓薬と糖尿病治療薬がそれぞれ8件、抗悪性腫瘍薬が7件であった。

図表Ⅲ－１－１４　処方を間違えた薬剤

分類※1	薬剤の種類※1	件数※2	
循環器系	抗血栓薬	8	19
	降圧薬	4	
	心不全治療薬・昇圧薬	3	
	利尿薬	3	
	不整脈治療薬	1	
内分泌・代謝系	糖尿病治療薬	8	13
	骨・カルシウム代謝薬	3	
	女性ホルモン剤	1	
	脂質異常症治療薬	1	
鎮痛・抗炎症・抗アレルギー薬	副腎皮質ステロイド	5	13
	オピオイド	3	
	抗リウマチ薬	2	
	解熱・鎮痛・抗炎症薬	2	
	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬	1	
抗悪性腫瘍薬・免疫抑制薬	抗悪性腫瘍薬	7	9
	免疫抑制剤	2	
消化器系	酸関連疾患治療薬	3	8
	腸疾患治療薬	3	
	胆道疾患治療薬・膵臓疾患治療薬	1	
	健胃消化薬・胃腸機能改善薬	1	
精神・神経系	睡眠薬・抗不安薬	4	7
	抗精神病薬	1	
	抗うつ薬	1	
	抗てんかん剤	1	
病原微生物に対する医薬品	抗菌薬	4	
ビタミン・栄養・輸液・電解質製剤	ビタミン剤	2	3
	鉄欠乏性貧血治療剤	1	
その他		4	

※1　治療薬ハンドブック2023（じほう）[3] を参考に分類した。
※2　複数の薬剤の処方を誤った事例が含まれる。

⑤処方間違いに気付いた時期と発見者

処方間違いに気付いた時期と発見者を示す。退院処方の事例77件のうち、退院後に気付いた事例が43件と多く、そのうち患者・家族が発見者であった事例が18件であった。退院前に気付いた事例は24件であり、そのうち薬剤師が発見者であった事例が14件であった。退院時指導などに薬剤師が関与したことで、処方間違いに気付いた事例であった。

退院後の外来や他院の処方では、保険薬局を訪れた患者・家族に相談された薬剤師が処方の間違いに気付いた事例が3件報告されていた。

図表Ⅲ－１－１５　処方間違いに気付いた時期と発見者

<table>
<tr><th>誤りに気付いた時期</th><th colspan="3">発見者</th><th colspan="2">件数</th></tr>
<tr><td colspan="4">退院処方</td><td colspan="2">77</td></tr>
<tr><td rowspan="5">退院前</td><td colspan="2">薬剤師</td><td>14</td><td rowspan="5">24</td></tr>
<tr><td colspan="2">看護師</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="2">退院処方をした医師</td><td>3</td></tr>
<tr><td colspan="2">事前訪問に来た施設の看護師</td><td>1</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者・家族</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="9">退院後</td><td colspan="2">患者・家族</td><td>18</td><td rowspan="9">43</td></tr>
<tr><td rowspan="3">入院していた医療機関の職員</td><td>病棟看護師</td><td>7</td><td rowspan="3">15</td></tr>
<tr><td>外来担当医</td><td>5</td></tr>
<tr><td>薬剤師</td><td>3</td></tr>
<tr><td rowspan="5">退院後の施設の職員</td><td>訪問看護師</td><td>3</td><td rowspan="5">10</td></tr>
<tr><td>施設職員</td><td>3</td></tr>
<tr><td>ケアマネジャー</td><td>2</td></tr>
<tr><td>在宅医</td><td>1</td></tr>
<tr><td>転院先の医師</td><td>1</td></tr>
<tr><td colspan="4">不明</td><td colspan="2">10</td></tr>
<tr><td colspan="4">退院後の外来や他院の処方</td><td colspan="2">5</td></tr>
<tr><td>保険薬局への相談時</td><td colspan="3">薬剤師</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td colspan="4">その他※</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td colspan="4">不明</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td colspan="4">合計</td><td colspan="2">82</td></tr>
</table>

※診療報酬明細書の返戻があり、抗リウマチ薬が添付文書の上限の倍量で処方されていることに対して確認があった事例である。

（3）退院処方に関する事例

本報告書では、「退院処方」に分類した医療事故情報17件とヒヤリ・ハット事例77件について取り上げる。以下に退院処方に関する事例の分類を示す。ヒヤリ・ハット事例は、1つの事例内に2つの事象が含まれる事例が報告されており、それらの事象は別々に分類したため、合計は78件としている。この中から、「処方・指示漏れ」「不要な薬剤の処方」「次回受診日・入院日までの日数不足」の事例について詳細を分析し、その他の医療事故情報については、主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－１６　退院処方に関する事例の分類

事例の分類	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例※	件数
処方・指示漏れ	11	22	33
不要な薬剤の処方	3	12	15
投与量間違い	0	15	15
次回受診日・入院日までの日数不足	0	13	13
用法間違い	1	8	9
服用開始日間違い	0	3	3
病態禁忌の薬剤の処方	1	0	1
薬剤間違い	1	0	1
剤形間違い	0	1	1
併用注意薬の処方	0	1	1
その他	0	3	3
合計	17	78	95

※ヒヤリ・ハット事例は、複数の処方間違いが発生した事例が報告されている。

1）「処方・指示漏れ」の事例

「処方・指示漏れ」の医療事故情報11件とヒヤリ・ハット事例22件を分析する。

①処方・指示が漏れた薬剤

処方・指示が漏れた薬剤を示す。入院中に定期処方に含まれていなかった薬剤の事例が7件、他診療科の薬剤が6件、他院で処方されていた薬剤の事例が5件であった。

図表Ⅲ－１－１７　処方・指示が漏れた薬剤

事例の分類	処方・指示が漏れた薬剤	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	件数
処方漏れ	定期処方に含まれていなかった薬剤	4	3	7
	他診療科の薬剤	3	3	6
	他院で処方されていた薬剤	0	5	5
	入院中に開始した薬剤	3	1	4
	退院処方全て	0	1	1
	入院中は注射薬を投与し、退院時に内服薬に変更する必要があった薬剤	0	1	1
	詳細不明	0	4	4
指示漏れ	休薬していた薬剤	1	2	3
	退院処方以外の持参薬	0	2	2
合計		11	22	33

②処方・指示漏れの主な背景・要因

処方・指示漏れの背景・要因は、「確認が不足していた」、「失念していた」、「多忙であった」などのヒューマンエラーに起因するものが多い。ここではヒューマンエラー以外の背景・要因について記載があったものを紹介する。

図表Ⅲ－１－１８　処方・指示漏れの主な背景・要因

処方・指示が漏れた薬剤	薬剤名※	処方・指示漏れの主な背景・要因
処方漏れの事例		
定期処方に含まれていなかった薬剤	プレドニン錠（複数報告あり）	入院中に投与量を調整していたため、他の薬剤と別処方になっていた。
	リクシアナOD錠	
	バイアスピリン錠（複数報告あり）	入院中に休薬していたため、他の薬剤と別処方になっていた。
	サムスカ顆粒	
他診療科の薬剤	エリキュース錠	退院処方を入院の主科が行うのか、各診療科が行うのか曖昧であった。
	デュファストン錠	他診療科と退院処方について連携できていなかった。
他院で処方されていた薬剤	リカルボン錠	4週に1回服用する薬剤で持参薬鑑別書に記載されておらず、入院中も処方していなかった。
	在宅で投与する輸液	他院との連携が不足していた。
指示漏れの事例		
退院処方以外の持参薬	ジャヌビア錠/セイブル錠/ミチグリニドCa・OD錠	医師は、看護師に退院後は持参薬も内服するよう指示を出しておらず、退院が土曜日で、患者にも持参薬の内服について説明していなかった。長年服用している薬剤のため、説明しなくても患者は服用するだろうと思っていた。

※規格は除いて記載した。

③処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響

処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響が記載されていた事例について、処方・指示漏れに気付いた時期で整理して示す。薬剤によって、退院後早期に影響が出た事例もあれば、処方・指示漏れの状態が長期になったことで患者への影響が大きくなった事例も報告されていた。

図表Ⅲ－１－１９　処方・指示が漏れた薬剤と患者への影響

処方・指示漏れに気付いた時期	処方・指示が漏れた薬剤名※1	影響
退院当日 （入院中も処方漏れ）	サムスカ顆粒	嘔吐等があり救急外来を受診、体重増加や浮腫、BNP値上昇、心臓超音波検査で心不全の悪化
退院2日後	副腎皮質ステロイド※2	低血糖となり手指振戦が出現し、もうろうとしていたため救急搬送
	プレドニン錠	発熱、呼吸苦があり救急搬送、肺炎を契機にCOPDの増悪
退院9日後	プレドニン錠	関節痛の増悪、血液検査で炎症反応の上昇
退院12日後	タケキャブ錠	黒色嘔吐を主訴に受診後、緊急入院
退院14日後	デノタスチュアブル配合錠 （退院前日ランマーク皮下注投与）	血清カルシウム値5.9mg/dLと低値、高次機能障害および痙攣発作で緊急入院
退院16日後	エリキュース錠	呼吸困難で救急外来受診、肺塞栓症及び深部静脈血栓症と診断
退院23日後	ジャヌビア錠/セイブル錠/ミチグリニドCa・OD錠	倦怠感、高血糖で外来受診
退院1ヶ月後	プラビックス錠	狭心症の症状の再燃、負荷心電図陽性、他院紹介受診しCAG施行
退院6週間後	プレドニン錠	次第に食事・水分摂取量低下、るい痩著明となり救急外来受診、脱水と高カルシウム血症のため緊急入院
不明	タケキャブ※3	十二指腸潰瘍から出血し再入院

※1　規格は除いて記載した。
※2　薬剤名は不明である。
※3　剤形は不明である。

④薬剤師の患者への関与の状況

医療事故情報11件について、退院時の薬剤師の患者への関与とその主な状況を示す。薬剤師が関与していない事例が7件と多く、退院処方に薬剤師が関与する体制ができていない医療機関もあった。また、薬剤師が関与していたが、確認が不十分となり、処方・指示漏れに気付くことができなかった事例が、2件あった。

図表Ⅲ－１－２０　薬剤師の患者への関与と主な状況（医療事故情報のみ）

薬剤師の患者への関与	件数	主な状況
関与した	2	・退院時の服薬指導を行ったが処方漏れに気付かなかった。 ・服薬指導の際、患者に他診療科の薬剤を持っているか聞いたところ「ある」と言われたため詳細を確認せず、医師に処方を依頼しなかった。
関与していない	7	・医師の記録に「処方再開」とあり、すでに再開されていると認識したため、患者に服薬指導をしなかった。 ・退院時に新たに処方された薬剤は服薬指導を行うが、すでに服用している薬剤については医師から依頼があれば行っており、今回は依頼がなかった。 ・退院日が祝日で関与できなかった。 ・薬剤師が退院処方をサポートできる体制がなかった。 ・薬剤師のマンパワー不足により、全病棟の退院時指導に関われていなかった。
不明	2	記載なし

⑤事例の内容

処方・指示漏れの主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－２１　事例の内容

No.	区分	事例の内容	事例の背景要因	改善策
処方漏れ：定期処方に含まれていなかった薬剤				
1	医療事故情報	患者は、皮膚筋炎とステロイド性糖尿病で入院していた。入院中にインスリンの調整を行い、退院時からプレドニン錠を減量予定であった。退院処方の際、医師はプレドニン錠の処方を忘れてしまった。退院から2日後、患者は低血糖となり手指振戦が出現し、もうろうとしていたため救急搬送となった。	・プレドニン錠は、患者本人の体調や検査結果により投与量を調整していたため、定期処方とは違う曜日に処方をしており、看護師も退院処方から漏れていることに気付かなかった。 ・上級医にプレドニンの投与量を確認した後、処方する予定であったが、他患者の急変対応などで失念した。 ・退院前、患者や家族へプレドニン錠の継続が重要であることを何度も説明していたが、患者は軽度認知機能低下があり、プレドニン錠が処方されていないことに気付かなかった。	・ステロイド製剤のようなキードラッグは、いつまで処方が出ているか、掲示板にメモをする。 ・退院の際、医師同士、看護師同士でダブルチェックをする。 ・認知機能低下のある患者やその家族には、薬剤の実物を見せながら内容の説明を行い、重要な薬剤の処方漏れを防ぐ。
		専門分析班の議論		
		○ステロイド製剤は急には中止できない薬剤であり、処方漏れは患者に与える影響が大きくなる可能性があるため、改善策に記載があるように重要な薬剤であることを患者や家族と情報共有ができるとよかった。 ○上級医にプレドニンの投与量を確認してから処方する予定であったが失念したとあり、上級医が退院処方の内容を確認できるとよかった。 ○看護師は退院処方の確認の際、定期処方のみと照合しているため、患者に処方されている薬剤の一覧などで確認できるとよかった。 ○本事例では、薬剤師が関与していたかどうかの記載がないが、プレドニン錠の投与量を調整している場合は関与できるとよい。		

No.	区分	事例の内容	事例の背景要因	改善策
処方漏れ：入院中は注射薬を投与し、退院時に内服薬に変更する必要があった薬剤				
2	ヒヤリ・ハット事例	関節リウマチの増悪のため血液内科に入院となり、プレドニゾロンの注射による免疫抑制療法が開始となった。その後、治療への反応は良好で、入院時認めた関節痛や血液学的検査も軽快傾向であり、同用量の内服薬へ変更の上で自宅退院を予定していた。退院時、プレドニン錠を退院処方する予定であったが処方されていなかった。8日後、当科外来を受診した際、患者は関節痛が増悪し、血液学的検査で炎症反応の上昇があった。プレドニン錠の内服が行われなかったことに起因すると考えられた。	・医師による退院処方のオーダ漏れ、病棟薬剤師を含む多職種の確認漏れなどの複数の要因があった。 ・薬剤師は、患者に退院時指導を行っていたが、プログラフカプセルの処方のみ確認し、プレドニン錠は確認していなかった。 ・薬剤師は、患者はステロイド製剤を入院前から継続して服用しているという認識がなく、今回の入院中に導入されたと思い込んでいたため、薬剤指導記録にも同様の記録をしていた。ステロイド製剤を長期内服している患者という意識があれば、処方漏れに気付くことができた可能性があった。 ・医師は、退院処方を前週の木曜日にオーダしていたが、病棟薬剤師が確認をしたのは退院当日の月曜日の朝であった。	・医師は、処方オーダ時に慎重な確認を徹底する。 ・今後、プレドニゾロンの注射薬から内服薬への変更は、退院の3日前に行い、退院直前の確認作業をできる限り少なくする。 ・薬剤師は退院処方の内容を確認し、注射薬から内服薬への変更と継続について医師に確認を徹底する。 ・薬剤師は、ステロイド製剤を投与している患者については、病棟薬剤業務の中で治療歴の確認を行い、薬剤指導記録として記載しておく。 ・薬剤師は、事前に処方された退院処方については、翌週分も含めて確認を行い、業務が繁忙にならないようにする。
		専門分析班の議論		
		○薬剤師が退院時指導を行う際、退院後の内服薬の変更の有無、変更がある場合はどのように変わるかなどを説明する必要がある。そのためには、入院時の持参薬を把握したうえで、退院時指導を実施できるとよい。 ○委員の所属する医療機関では、腎機能、中止薬、休薬などの情報を薬剤師が「引継ぎシート」に記載し、担当の薬剤師が不在の場合でも、シートを見れば患者に対して注意すべき点がわかるように工夫している。 ○改善策に「退院3日前に注射薬から内服薬へ変更する」とあるが、病床の調整などで急に退院が決まることもあり、計画的に実施できるか疑問である。医師・薬剤師・看護師などのチームで、患者の治療方針を共有できるとよい。		

No.	区分	事例の内容	事例の背景要因	改善策
指示漏れ：退院処方以外の持参薬				
3	ヒヤリ・ハット事例	患者は脳梗塞で入院となり、t-PA療法が行われた。患者は糖尿病があり、当院糖尿病内分泌内科で処方されていた糖尿病治療薬（ジャヌビア錠50mg 1錠、セイブル錠50mg 3錠、ミチグリニドCa・OD錠10mg 3錠）とインスリンを投与されていた。退院前日の金曜日に、入院中に服用する内服薬の糖尿病治療薬が不足し、1日分だけ緊急で処方した。同日18時に医師は退院処方を行った。その際、内服薬の糖尿病治療薬については、自宅にある2ヶ月前の外来で処方された薬剤を服用してもらおうと考え、処方しなかった。退院後、患者はインスリンのみ注射し、内服薬の糖尿病治療薬を服用していなかった。退院から23日後、倦怠感と高血糖で外来を受診した。	・医師は、患者に外来で処方された糖尿病治療薬を服用してもらうように伝える予定であったが、退院が土曜日になったため伝えられなかった。 ・医師は、患者は糖尿病治療薬を長年服用しているので、退院後も継続して服用すると思っていた。 ・退院処方をオーダした際、医師は、看護師に以前処方された糖尿病治療薬を服用するように指示を出さなかった。 ・看護師は、退院前日に緊急処方で糖尿病治療薬が1日分処方されていたが、退院処方に含まれていないことに疑問を持たず、医師に確認していなかった。 ・看護師が退院処方を渡した際、患者から質問がなかったため、退院処方の薬剤のみを説明した。	・医師は、処方意図などがある場合は、その思いが伝わるように、指示簿に指示を出す。 ・週末に退院する場合、患者への説明は平日に行っておく。 ・看護師は、入院中に服用している薬剤と退院処方が異なる場合には、医師へ確認する。 ・病棟薬剤師に服薬指導などの介入をしてもらう。
		専門分析班の議論		
		○内服薬の糖尿病治療薬の指示が医師の頭の中だけにしかなく、医師から患者への説明が漏れてしまうと、薬剤師や看護師が気付くことは難しい。他職種が指示漏れに気付けるよう、医師が処方計画をカルテに記載しておくとよかった。 ○改善策に「病棟薬剤師に服薬指導などの介入をしてもらう」とあるが、退院前日の18時に入力された退院処方に薬剤師が関わるのは難しいため、早めに方針などを共有しておくとよい。		

2）「不要な薬剤の処方」の事例

「不要な薬剤の処方」の医療事故情報3件とヒヤリ・ハット事例12件を分析する。

①誤って処方した薬剤

誤って処方した薬剤を示す。処方が重複した事例が8件、退院後は服用しない薬剤を処方した事例が7件であった。

図表Ⅲ－１－２２　誤って処方した薬剤

誤って処方した薬剤		医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	件数
重複	他診療科の薬剤	1	3	8
	変更前の薬剤	0	1	
	持参薬の一部の薬剤	1	0	
	不明	0	2	
退院後は服用しない薬剤		1	6	7
合計		3	12	15

②不要な薬剤を処方した背景・要因

不要な薬剤を処方した背景・要因が記載されていたものについて、整理して示す。

図表Ⅲ－１－２３　不要な薬剤を処方した背景・要因

誤って処方した薬剤		誤って処方した背景・要因
重複	他診療科の薬剤	・入院した主科が退院処方を行う際に他診療科分も処方したが、他診療科からも退院処方が行われた。（複数報告あり） ・複数の診療科が関与している場合、退院処方はそれぞれの診療科が行うことになっていたが、入院した主科の主治医は入院中に処方していた他診療科の薬剤の退院処方も入力した。
	変更前の薬剤	・入院中、服用していた薬剤を配合剤に変更したが、退院時に変更前と変更後の両方の薬剤を処方した。
	不明	・退院処方として処方する薬剤が多く、間違えやすかった。
退院後は服用しない薬剤		・薬剤を中止する前の処方内容をコピーして処方した。（複数報告あり） ・手術により不要となった薬剤があったが、外来の処方内容をコピーして処方した。 ・退院日まで服用していた抗がん剤治療に含まれるステロイド剤を、退院後も継続して処方した。

③患者が内服した不要な薬剤と患者への影響

患者が内服した不要な薬剤と患者への影響が記載されていた事例について、内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－２４　患者が内服した不要な薬剤と患者への影響

患者が内服した不要な薬剤※1	気付いた時期	患者への影響
重複：他診療科の薬剤		
エンレスト錠/アルダクトンA※2/アトルバスタチン錠/アムロジピン※2/リクシアナ※2/エフィエント※2等、循環器系の薬剤	退院4日後	嘔吐、食欲不振
退院後は服用しない薬剤		
プレドニゾロン錠	退院6日後	発熱し、緊急入院

※1　規格は除いて記載した。
※2　剤形は不明である。

④事例の内容

不要な薬剤の処方の主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－２５　事例の内容（医療事故情報）

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
重複：他診療科の薬剤			
1	患者は、腰部脊柱管狭窄症の手術目的で入院した。入院時、循環器内科、糖尿病内科、泌尿器科、整形外科からの処方薬を7日分持参した。手術後、持参薬が終了し、主科の整形外科医師が循環器内科と泌尿器科の薬剤を継続処方した。糖尿病内科の薬剤は当該科が入院後も処方していた。退院時、整形外科医師は、循環器内科の薬剤と泌尿器科の薬剤を退院処方として入力した。退院日、担当看護師は退院処方を患者へ手渡した。退院4日後に患者から病棟へ「退院時受け取った薬について説明がなく自分で調べて飲んでいる状況であり、薬について説明してほしい。」と電話があった。また、退院後に嘔吐や食欲不振があり、受診希望があったため来院してもらった。来院後に薬剤を確認したところ、退院処方と入院前に他科で処方されていた薬剤が同じ内容であることを知らず、重複して内服していたことがわかった。医師の診察後、血液検査を実施し、軽度の電解質異常、APTT延長が認められた。患者へ症状の原因と服薬について説明した。	・当院では、入院時の持参薬は7日分としている。 ・入院前の循環器内科で90日分処方されていたが、入院時に病棟薬剤師は『持参薬一覧表』を作成した際に患者へ残薬の確認をしなかった。 ・入院中に7日分の持参薬が終了した場合は、院内処方に切り替える。内服薬を継続する場合は、各診療科が処方オーダするが、診療科から依頼があれば、入院時の主科が処方入力することもあり、今回は循環器内科と泌尿器科の薬剤を整形外科が処方していた。 ・退院処方については、各診療科がオーダするが、看護師は整形外科医師に各診療科の退院処方の入力を依頼した。 ・整形外科医師は、入院中も処方入力していたため、引き続き同じ薬剤を入力した。 ・糖尿病内科医師は、事前に「退院処方なし」と指示していたため重複して内服した薬剤はなかった。 ・退院時の担当看護師は、患者へ退院処方を手渡す際に、いつも飲んでいる薬だから薬のことは知っているだろうと考え、患者と薬剤を確認しなかった。	・退院処方の入力時、医師は他診療科と連携する。 ・医師は電子カルテ内の他診療科の処方オーダを確認する。 ・薬剤師は、持参薬について患者に確認する際、残薬数も確認する。 ・薬剤師は退院処方に介入する。 ・看護師は医師に退院処方を依頼する際、各診療科の医師に確認する。 ・看護師は退院処方を手渡す時に薬剤一つ一つ患者と共に服用量など確認する。
	専門分析班の議論		
	○本事例の医療機関では、入院時の持参薬を7日分と決め、それ以降は院内処方に切り替えている。そのため、患者の自宅にある薬剤のことが忘れられているのではないか。薬剤師が、持参薬一覧表を作成する際に残薬がどのくらいあるかを把握しておき、退院時にも関われるとよい。 ○院内ルールでは、各診療科が退院処方をすることになっているようだが、看護師が整形外科医に他診療科分のオーダを依頼する、整形外科医師も看護師に言われるがまま他診療科分を処方するなどの状況があるため、院内ルールの浸透が重要である。 ○複数の診療科が関わっている患者の場合は、退院前にコンサルトを依頼し、各診療科にそれぞれ対応してもらうとよい。		

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
退院後は服用しない薬剤			
2	リンパ増殖性疾患に対して、R-CHOP療法を施行した。3コース実施後、状態良好であったため、退院となった。退院6日後に発熱し、緊急入院となった。その際に、化学療法時に服用していたプレドニゾロン錠100mg/日が、退院処方で継続処方され、内服していたことに気付いた。	・プレドニゾロン錠は、R-CHOP療法の際に5日のみ内服する必要があった。 ・退院日まで内服していた薬剤をそのまま継続処方したため、その中に含まれていたプレドニゾロン錠も継続処方された。 ・研修医が退院処方をオーダしたが、上級医は誰も確認していなかった。 ・薬剤部では、プレドニゾロンの量に関する確認ポイントが定められておらず、関わった薬剤師は、投与量や投与期間に疑問を持たず調剤した。 ・退院時指導を行った薬剤師は、プレドニゾロン錠を免疫抑制目的で使用していると思い込み、疑問に思わなかった。	・グループ毎に、研修医が行う行為（処方を含め）を確認する担当医師を定め、必ず確認する。 ・薬剤部では、プレドニゾロンの処方量に基準を設け、その量を超える処方があった場合は、使用目的を確認のうえ、必要に応じ医師に疑義照会を行う。 ・病棟薬剤師は、患者に投与する薬剤の使用目的を把握し、目的が明確でない時は、医師に確認する。
	専門分析班の議論		
	○研修医へ治療内容の教育をするとともに、研修医が処方した内容は、上級医が確認できる体制があるとよい。 ○背景要因に「薬剤部ではプレドニゾロンの量に関する確認ポイントが定められておらず」とあるが、退院処方の処方日数は不明であるもののプレドニゾロン錠100mg/日は退院後に継続される投与量としては多く、薬剤師が処方監査で気付くことができたのではないか。 ○薬剤師が退院時指導を行っているが、事前に医師と投与目的を共有してから指導が行えるとよい。		

3）「次回受診日・入院日までの日数不足」の事例

「次回受診日・入院日までの日数不足」については、医療事故情報の報告はなかったため、ヒヤリ・ハット事例13件を分析する。

①処方日数が不足した背景・要因

処方日数が不足した背景を示す。

図表Ⅲ－１－２６　処方日数が不足した背景

処方日数が不足した背景	件数
次回の外来日または入院日を考慮せず処方した	4
急に退院が決まり、退院処方を行う際に外来日との調整が不足した	3
医師は定期処方の残薬を考慮して退院処方したが、退院時に定期処方分は渡さないルールであったため薬剤部に返却された	2
入院していた診療科の外来日は考慮して処方したが、他診療科の外来日を考慮していなかった	1
退院処方の入力の際、誤って処方日数を1日としてしまい、そのまま患者に1日分だけ渡された	1
退院後の週明けにすぐにかかりつけ医を受診すると思い3日分処方したが、かかりつけ医が特定の曜日のみ診療しており、6日後の受診になった	1
不明	1

②事例の内容

主なヒヤリ・ハット事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－２７　事例の内容（ヒヤリ・ハット事例）

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
次回の外来日または入院日を考慮せず処方した事例			
1	施設へ退院する患者に、退院処方として16日分が退院前日に処方された。退院当日に担当した看護師は、施設の担当者へ退院処方の内容を説明した。その際、外来予約日まで不足しないか確認したかは不明である。その後、施設より、次回受診までの薬剤が不足していると連絡があった。確認すると、家族の希望で主治医が外来予約日を1週間遅らせた際、その分の処方を追加していなかったことがわかった。経緯を説明し、施設へ不足分の薬を届けた。	・医師は、外来予約日を変更した際、追加の処方をし忘れた。 ・退院時に担当した看護師は、薬の不足に気付かなかった。	・看護師は、ペア体制で仕事をしているメリットを生かして、確認を徹底する。
	専門分析班の議論		
	○委員が所属する医療機関では、病棟薬剤師が、退院処方が次回の外来日まで足りるか確認している。本事例では、薬剤師の介入があったかどうか不明である。ただし、処方日を変更した時期は不明であるが、退院直前の変更であれば薬剤師が把握するのは難しい。 ○本事例の場合は看護師が退院処方を渡しており、その際に外来日までの日数や、それまで不足することがないかを患者や家族と一緒に確認してもよかった。 ○改善策が、事例の内容や背景要因と関連していないため、なぜ発生したのかを分析して検討できるとよい。		
医師は定期処方の残薬を考慮して退院処方したが、退院時に定期処方分は薬剤部に返却された事例			
2	退院処方として14日分必要であった。医師は定期処方の残薬を服用後に退院処方を開始したらよいと考え、必要な日数分だけを処方した。退院時、看護師は退院処方のみを渡した。退院後、家族から連絡があり、14日分の処方を依頼していたが10日分しかないと言われ、処方が不足していたことがわかった。	・昨年度から、退院処方は残数に関係なく、退院日からの必要日数分を出すことになっていた。 ・医師は定期処方の残薬が無駄になると思い、定期処方分を持って帰ってもらおうと考えた。 ・看護師は、退院時に定期処方の残薬は患者に渡さないと理解しており、残薬は薬剤部へ返却した。 ・退院処方の薬剤を交付する薬剤師は、定期処方の残薬は看護師が渡すものだと思い、退院処方として出された薬剤のみ患者へ交付した。	・医師は、退院処方として必要な日数分を処方する。 ・入院中の定期もしくは臨時処方の残薬は、本当に必要ないか薬剤師と看護師双方で確認する。 ・薬剤師は退院処方を交付する際に、持参薬や残薬をどうするか看護師と情報共有する。
	専門分析班の議論		
	○退院時の定期処方の取り扱いについて、医師は持って帰ってもらう、看護師は薬剤部に返却する、薬剤師は看護師が渡すと思っているなど、それぞれの認識にずれがある。院内のルールの周知が不足しているのではないか。 ○「退院処方は、残数に関係なく退院日からの必要日数分を出す」というルールであれば、このルールについて周知が必要である。		

5）その他の事例

その他の事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－２８　その他の事例の内容

No.	区分	事例の内容	事例の背景要因	改善策
用法間違いの事例				
1	ヒヤリ・ハット事例	患者は初回の抗がん剤治療のため入院していた。エスワンタイホウ配合OD錠を退院後14日間投与するため、既に処方されていた7日分以外を退院処方するところ、誤って30日分を処方した。看護師は、合計で37日分を患者に渡した。外来診察時、患者は1コース目の14日分を内服し、1週間の休薬期間も守ったと話していたが、残薬を持参していないため正しく服用できていたか確認できなかった。	・処方した医師は主治医ではなく、知識不足があった。 ・退院日が土曜日であったため、薬剤師による退院時指導ができなかった。 ・病棟の看護師も薬剤について理解せず、患者に渡した。 ・システム上、オーダ時にアラートが出たかは不明である。	・処方した医師は、処方内容について確認する。 ・主治医は、他の医師が処方した内容を確認する。 ・薬剤部で調剤する際に、処方箋を監査し、いつもと違う内容の処方であれば、他の薬剤師に相談する。 ・退院処方を患者に手渡す看護師は、レジメンを確認する。また、抗がん剤を必要より多く手渡すことの危険性について認識する。
		専門分析班の議論		
		○事例に記載された情報からは、なぜ30日分を処方したのかは不明であるが、主治医ではない医師が抗がん剤を処方する場合、より慎重に対応する必要がある。 ○エスワンタイホウ配合OD錠は、添付文書上37日間継続して服用することはないため、薬剤師の処方監査で誤りに気付くことができたのではないか。 ○抗がん剤の処方が出た場合、薬剤部ではレジメンを確認し、処方内容が確認できる体制があるとよい。		
病態禁忌の薬剤の事例				
2	医療事故情報	左腎尿管全摘出術後の患者は、整形外科より関節リウマチに対しメトトレキサート（MTX）錠 8mg/日 週1回が処方されていた。今回、右腎尿管結石による腎後性腎不全で入院した。入院時のCcrは8.3mL/minであったが、泌尿器科医師はMTXが腎障害のある患者に禁忌であることを知らず、入院前から処方されていたMTXを継続して服用するよう指示した。患者は結石排出後、Ccrは25mL/minとなり退院した。その後、汎血球減少症で緊急入院となり、MTXの投与を中止し、ロイコボリンの投与を開始した。	・泌尿器科の医師は、腎障害のある患者はMTXの投与を考慮する必要があることについての知識が不足していた。 ・泌尿器科の医師は、添付文書を確認していなかった。	・医師の教育の見直しを検討している。 ・病棟薬剤師の業務を見直す。
		専門分析班の議論		
		○本事例は、入院時、持参薬を誰がどのように把握していたか不明である。また、入院時のCcrの値から、その時点でMTXは中止すべきであった。泌尿器科への入院のため、医師は患者の腎機能について把握していたと思われ、MTXを中止できなかったことは残念である。 ○入院前から服用している持参薬のMTXを継続するよう指示をしているため、入院中に処方されておらず、薬剤師が調剤時などに気付くことはできない。事例からは病棟薬剤師の関与は不明であるが、薬剤師が、患者が服用しているMTXをハイリスク薬として把握できていれば、退院前に介入できた可能性がある。		

No.	区分	事例の内容	事例の背景要因	改善策
薬剤間違いの事例				
3	医療事故情報	患者が10ヶ月前に入院した際、薬剤師はかかりつけ医でベプリコール錠が別の抗不整脈薬であるアミオダロン錠に変更されていることを確認し、鑑別入力を行った。入院中は鑑別入力をもとにアミオダロン錠の処方が継続されていたが、退院処方を行う際に、別の担当医が前回の退院処方をDo処方してしまった。このため、患者は退院後にアミオダロン錠ではなく、変更前のベプリコール錠を内服することになった。10ヶ月後、患者は化学療法のため再入院となった。早朝、排泄後からHR180回/分台の頻脈、血圧109/68mmHg、$SpO_2$90％で、看護師は当直医に連絡した。当直医の指示で酸素3L/分を開始し、心電図モニタを装着、朝食後薬である抗不整脈薬（ベプリコール錠）を早めに内服した。9:00、HR180～190回/分、VT波形がみられ、循環器内科医師に対応を依頼した。患者は除細動を施行され洞調律に復帰した。その後、循環器内科医師がアミオダロン錠ではなくベプリコール錠が処方されていることに気付いた。確認すると、10ヶ月前から間違った処方が継続されていたことがわかった。	・前回の退院時、医師が退院処方をオーダする際に、直近の処方ではなく、その前の退院処方をDo処方し、その後も間違った処方をDo処方し続けた。 ・前回の退院が時間外であり、担当の病棟薬剤師が不在で、薬剤師は退院処方の内容の確認ができなかった。 ・今回の入院時、既に臨時処方がされていたこと、病棟より持参薬確認の依頼がなかったことから鑑別入力は行わなかった。	・担当医不在の場合は、チーム内の医師間の情報共有を行い、対応を統一する。 ・医師は、薬品名、剤形、規格単位、用法・用量などを正確に入力し処方指示する。 ・Do処方は最新の薬剤を確認したうえで実施する。 ・看護師は手順に従い、退院処方が服用中の薬剤と相違ないか確認する。 ・医師は可能な限り、退院処方を退院日前日の時間内までに入力する。 ・病棟担当薬剤師は、患者の退院時指導ができない場合には、カルテや部門システムで処方内容を振り返り確認を行う。また、必要時は他の薬剤師に業務を依頼する。 ・病棟担当薬剤師に持参薬確認依頼を行い、患者の持参薬や服薬状況について医療者間で情報共有を図る。
		専門分析班の議論		
		○10ヶ月前の退院後、抗不整脈薬の処方をかかりつけ医でしていたのか、入院していた医療機関でしていたのか不明である。退院後、かかりつけ医で変更された抗不整脈薬が元の薬剤に戻ったことを保険薬局で把握できれば、かかりつけ医に確認することができた可能性がある。 ○背景要因に、今回の入院時は依頼がなかったため持参薬の確認をしなかったとあるが、抗不整脈薬を服用している患者が化学療法を行う目的で入院しており、最新の服薬状況を把握することは重要である。		

（4）医療機関から報告された改善策

医療事故情報として報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－１－２９　医療機関から報告された改善策

○退院処方の時期
・退院決定を計画的に行い、退院処方を慌てて出さないようにする。 ・退院処方の内容を複数の医師が確認できるようにできるだけ平日に処方する。 ・医師は可能な限り、退院処方を退院日前日の時間内に入力する。
○処方時の確認
・前回処方を単にDo処方するだけではなく、これまでの治療歴・薬歴や、疾患の治療上重要な薬剤が処方されているか確認する。 ・入院中の内服薬が継続して処方できているか確認する。
○他職種との連携
・薬剤変更時には医師が診療録に記載し、他職種も把握できるようにする。 ・看護師が退院処方を患者に渡す際、入院中に服用していた薬剤が継続されているか確認する。 ・退院処方を患者に手渡す際、薬剤師・看護師は患者と共に薬剤一つ一つの服用量などを確認する。
○他診療科・他院との連携
・退院時、医師は他診療科や他院と連絡を取り、連携する。 ・複数の診療科が関与している場合、看護師は各診療科に退院処方を確認する。
○薬剤師による退院時指導
・全部署・病棟で薬剤師による退院時の服薬指導ができるよう、今後調整していく。（複数報告あり） ・抗凝固薬などハイリスク薬の管理を要する患者においては、薬剤師の退院時指導を行う体制を検討する。 ・担当の病棟薬剤師が患者の退院時指導ができない場合、必要に応じて他の薬剤師に業務を依頼する。
○患者への説明
・退院時指導の際、持参薬、退院処方の全ての薬剤について、継続する薬剤がどれかを患者へ説明する。 ・患者に「退院後はかかりつけ医を受診して内服薬を継続してください」と説明することはよくあるが、患者本人が理解していない場合もあるため、可能であれば家族にも伝える。
○特定の薬剤に関する確認
・ステロイド剤の処方は、患者の体調や検査結果に左右されることが多く定期処方に合わせることは難しいため、医師はキードラッグをいつまで処方しているかわかるように掲示板にメモをする。 ・ランマーク皮下注を投与している患者については、病棟薬剤師もカルシウム製剤やビタミンD製剤の処方の有無や、血清カルシウム値を確認する。
○システムの活用
・薬剤部の病棟業務支援システムを活用し、「処方切れ患者検索機能」を用いて薬剤師が処方漏れを把握する。 ・医療安全に関する委員会などで事例を提示し、退院時の処方漏れに気付くことができるシステムを検討する。

（5）まとめ

本報告書では、退院前後の処方間違いに関連した事例について、2020年1月～2023年12月に報告された医療事故情報29件とヒヤリ・ハット事例82件の概要をまとめた。医療事故情報とヒヤリ・ハット事例のいずれも、処方の種類では「退院処方」、事例の分類では「処方・指示漏れ」が多かった。医療事故情報の治療の程度では、「濃厚な治療」を選択した事例が半数であった。また、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例それぞれについて処方間違いに気付いた時期などを示した。さらに、本報告書では、退院処方に関する事例について、「処方・指示漏れ」「不要な薬剤の処方」「次回受診日・退院日までの日数不足」の事例を分析し、主な事例を専門分析班の議論とともに紹介した。

退院処方の処方間違いを契機に、処方・指示が漏れて投与されるべき薬剤が投与されなかったり、不要な薬剤を投与されたり、次回外来日までの薬剤が不足したりすることは患者にとって不利益である。本テーマで取り上げた事例の中には、処方内容が変更になる前の処方をコピーしたことにより処方漏れまたは不要な薬剤の処方となった事例が報告されていた。以前の内容をコピーして処方することは簡便な入力方法として活用されているが、入院治療によって患者の状態が変化していたり、投与する薬剤が変更されていたりする可能性がある。このため、退院処方を行う際は、医師は改めて患者にとって必要な薬剤が処方されているかを確認する必要がある。また、他診療科や他院との調整不足が背景・要因の事例も報告されていた。複数の診療科が関与している患者の場合は、退院処方が必要か、必要であればどの診療科が処方するのかを明確にしておく必要がある。さらに、医師と薬剤師・看護師との連携不足も背景として挙げられていた。ヒヤリ・ハット事例では、退院前に退院処方の誤りに気付いた事例が報告されており、薬剤師や看護師が発見者であった事例が多かった。薬剤師や看護師は、退院前の患者指導に関わることが多いことから、退院処方の内容を入院中に投与されていた薬剤と比較して確認することや、患者と一緒に退院処方の内容・処方日数を確認することが求められる。入院から退院へと患者の治療環境が変わる場面において、予定した薬物療法が正しく継続できるよう各職種が連携して調整を行うことは重要である。

本テーマは、次回の第77回報告書で引き続き取り上げ、「退院後の外来や他院での処方」の事例について分析を行うこととしている。

（6）参考文献

1. 公益財団法人日本医療機能評価機構．医療事故情報収集等事業.2019年年報．現地状況確認調査．調査1「退院時にプレドニン錠を処方し忘れた事例」．
https://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2019_V002.pdf （参照2024-1-9）
2. 公益財団法人日本医療機能評価機構．薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業．第27回報告書．分析テーマ「退院後の薬剤の継続に関する事例」．
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/report_2022_1_T002.pdf （参照2024-1-9）
3. 堀 正二　他．治療薬ハンドブック2023　薬剤選択と処方のポイント．じほう．2023年1月．