

- 各専任病棟薬剤師が、担当病棟で特に使用される薬剤を中心に新人看護師向けの勉強会を開催している。特に用量変更注意到注意するものや副作用の注意点を講義することにより、配薬時にどのような事に注意しておけば良いかが分かり、業務に役立つと看護師から感謝されている。また化学療法の勉強会を開くことによって知識の共有、インシデントの軽減にもつながっている。
- 86 新規入院患者の持参薬確認と共に健康食品やサプリメントの情報収集を行っているが、入院時に原因不明の発疹が現れた患者がいた際、最終的に入院前に服用したサプリメントが原因であると疑い、医師にそのサプリメントの情報を提供し、感謝された。
- 87 ベタフェロン皮下注を入院中導入された患者に対し、指導を行った際、使い方の指導だけでなく、様々な会話を取り込むことで自己注射に対する不安やためらいを軽減出来たと患者から感謝され各病棟では個別指導だけでなく、担当科に合わせて脳卒中教室や循環器病教室、糖尿病教室などを医師、看護師と共に開催している。他職種者が協同して患者へ対応する事で、疾患や薬に対する理解が深まり、コンプライアンスの向上にもつながっている。
- 88 長期臥床が予想される患者の持参薬に「エビスタ」があった場合、静脈血栓症などのリスクが高まるなどの薬剤情報を医師に伝える事で、中止や適切な開始時期を指示することが出来、医療安全にも貢献している。
- 89 化学療法を行う場合、外来で医師が説明した後に、入院後、薬剤師が化学療法施行前に投与スケジュール・副作用などについて説明し、施行後も副作用の確認を行っているが、医師に相談しにくいことも薬剤師には話しやすいと精神面の上でも支えになったと感謝された。
- 90 持参薬を確認したところ、同じ成分の薬剤(後発医薬品)を重複して内服していたことが発覚した。医師からは継続服用の指示だった為、医師に確認し中止となった。後発医薬品の普及が進んだ今、持参薬確認に薬剤師の関与が必要だと感じた事例の一つである。
- 91 入院中に薬剤を色々と用量変更するケースが多く、退院時処方の際、医師が処方のオーダ入力を間違うことも多々見受けられる。薬剤師が退院時にチェックすることで適切な退院時処方を行うことが循環器疾患の急性期など持続注入でルートが複数必要な場合、病棟で薬剤師が配合変化を調べることで迅速な対応が可能である。また、病棟では患者の状態を直接確認することができるため、的確なルート設計を提案できる。また、その内容を残すことで、他看護師にも正確に情報が伝達され病棟で、主治医が『下痢が続いている患者がいるが、原因がわからない』と話しているのを聞き、患者が現在服用している薬について調べたところ、ウブレチドが入っていたので、その副作用を疑った。すぐに主治医に提案し、薬を中止した結果、患者の下痢は改善された。病棟薬剤師が病棟に常駐することで、患者の不利益を回避できた1例であった。
- 92 病棟に配置されている薬品があるので、配置薬の管理も薬剤師の仕事の一つである。看護師の中には、配置薬以外の薬品を棚に入れていたり、入れる場所を間違えて戻したり、期限が短いものを使用せず放置していたりする人がいるので、チェックをした時、発見したら、その度、看護師に注意を促し、期限が短いものから使用していくよう、わかりやすく貼り紙を付けるなどを工夫し感謝され患者は骨折して緊急入院し、患者家族が大きな紙袋2個分くらいの薬を持参した。紙袋の中にはタッパーなどに、シートから出された名称不明な薬が多かった。患者に薬の飲み方を尋ねたが不明。紙袋を持参した患者の家族は、患者と別居しており、薬を飲んでいるのも見たことがない、と情報が全く無かった。識別コードなどから全ての薬を判別し、かかりつけ医やかかりつけ薬局から情報を得て、持参薬確認表を作成した。医師や看護師から感謝された。
- 93 術後感染の抗生剤の投与量について医師から相談を受けた。感染症に詳しい薬剤師と連携して情報提供を行い、医師から感謝された。この様に病棟薬剤師と専門知識を持つ薬剤師が連携することで質の高い医療を提供することが出来ている。
- 94 ワーファリン服用中の患者。療養病床入院中に脳梗塞を発症。一般病棟に転棟となり薬剤師が患者家族と面談したところ、入院中にもかかわらず家族が体にいいといったクロレナ(錠剤?)をこっそり服用させてたことが判明→医師へ報告。患者家族へワーファリン服用時の注意について再度説明した。
- 95 服薬指導によりプロスタグランジン点滴による血管痛の訴えがありDr.に報告。他の薬剤に変更できず使用せざるを得ないとのことで、メーカーに問い合わせ。メーカーによると軽減する方法として薬剤を人肌まで温めたり、できるだけ太い血管に針をさすことを返答され、看護師に紹介した。本人には点滴中だけに起こる副作用で、後に残ることはない事を説明し、不安を少なくすることで積極的な薬物療法を行えるよう貢献した。
- 96 添付文書で食前服用となっている薬についてメーカーに問い合わせたところ、食事の影響は受けず、食後でも効果に差がないとの返答だったため、Dr.と相談し、他に服用している薬が全て食後のため、胃腸への負担、コンプライアンス等を考慮し食後服用へ変更となった。
- 97 服薬指導時に患者よりベリチーム顆粒の匂いが気になり飲みづらいとの主訴あり。エクセラゼを主治医に紹介し、処方変更となり、コンプライアンス向上に?がった。
- 98 病棟にて持参薬のチェックをした際に「のみのばし」に気づかずに眠剤を配薬していたので、Dr.に確認後、元の服用法に変えてもらった。
- 99 吸入薬が処方されており、患者からうまく吸えていない気がするので指示量の倍の回数を吸入していた。正しい吸入方法を指導した。
- 100 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。
- 101 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。
- 102 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。
- 103 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。
- 104 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。
- 105 持参薬チェックが直接している事により薬剤禁忌投与を防ぐことができた。

- 106 患者の希望する用法(食後 → 食前)に変更でき、コンプライアンス向上につながった。また、医師や看護師に言いにくい事を聞き出す事ができた。
- 107 アモバンを服用している患者から速効性がないとの訴えがあり、Dr.に他の眠剤を紹介した。
- 108 食直前に服用すべき薬剤(DM薬)を食後に服用していた事が服薬指導時に発覚し、患者に説明後、看護師にも食事の際に注意を促すよう話した。
- 109 患者が中止薬を間違えており、Dr.に報告、相談し正しい服用を指導した。
- 110 化学療法を2週間ごとに行っている患者様に副作用チェックの確認に伺ったところ、「体重が5kg減った」とのこと。体表面積より投与量を算出したところ、約1割減量した投与量とすべきものを前回量と同じオーダーとなっていた。医師に体重が減っているため投与量の減量が必要であることを説明し、投与量が変更となった。
- 111 整形外科手術後の患者様にマイスリー錠の説明に伺ったところ、「眠れない」との訴えがあった。マイスリー錠は超短時間型のため、医師に患者様の訴えと中間型の薬剤に変更することを提案した。薬剤をロヒプノール錠に処方変更され、「眠れるようになった」と患者様より感謝された。
- 112 従来、入院患者の持参薬は、病棟より依頼があった患者のみ「鑑別報告書」を作成し結果をフィードバックしていた。平成21年4月より全入院患者を対象に持参薬の錠剤鑑別及び残数確認、服薬状況聞き取り調査を薬剤師が行い、報告書にまとめ電子カルテに取り込み医師、看護師へ情報提供検査のためパナルジンを一時中止している間は肝機能は改善していたが、再投与後より肝機能値が上昇していることを採血データで確認。パナルジンをプラビックスへ変更してはどうかと持ちかけた。その後、肝機能は改善。
- 114 大腸ポリペクトミー検査入院の患者の持参薬調査にて抗血小板剤・抗凝固剤を服用していることが判明した。医師に報告。検査は1週間延期となった。
- 115 紹介状は、オイグルコン2錠 1×朝食後 と記載されてあったため、主治医は当院採用のオイグルコン(2.5mg)2錠 1×で処方したが、患者面談にて1.25mg錠を2錠服用していたことが判明した。主治医に報告して、オイグルコン(2.5mg)1錠 1×に変更してもらった。
- 116 持参薬から当院薬剤への切替の処方箋に、アレビアチン550mgの記載があった。用量が多かったため、持参薬の内容を確認した結果、アレビアチン(100mg)3錠+アレビアチン散(10%)0.25gを服用中であった。処方医は0.25gを原末量を思い、300mg+250mg=550mgで処方した持参薬で アマリール(1mg)1錠 2×服用中の患者であった。持参薬が切れるので、当院薬を医師は処方したが、アマリール(1mg)2錠 2×で処方していた。患者面談にて、医師の処方ミスであることが分かり、過量投与を未然に回避できた。
- 118 Nsとの薬剤カンファ
自己管理導入の話しあいに参加することで、入院中はもちろんのこと退院後も服薬アドヒアランスが維持できるための方法を考えることができる。薬剤師による薬の視点からの情報提供と看護師からの家庭環境、日常の様子などの情報を総合し、患者ケアに生かすことができるため、総合的な医療の質が上がると実感している。”
- 119 医師の回診に同行
消化器外科の教授回診に同行している。患者の服用薬剤の把握を行い回診の準備を行い参加しているため、回診中に処方変更依頼を行ったり、今後の治療に関してのディスカッションを行うことができる。その他、予期せず出てきた薬の疑問点に関しては、薬剤師が情報を提供できることが多いため、感謝されている。”
- 120 ペインコントロールチーム
現在週1回、消化器外科・乳腺外科のがん性疼痛患者のカンファレンスを行っている。カンファレンスに臨む際に、各病棟担当の薬剤師が、服用薬剤、患者の状況をモニターし、医師・看護師とディスカッションしながら今後の方針を考えている。病棟で実際に患者と接しながら得られた情報を薬剤師の視点から提供することで、他職種にはない視点が得られ、参加の意義を認めてもらっている。”
- 121 NST
現在週1回行われているNSTの回診に参加している。TPN、経腸栄養剤の知識をはじめ、各種電解質に与える服用薬剤の影響、食欲に影響を及ぼす使用薬剤のスクリーニングなど、医師・看護師・栄養士にはない独自の視点があるため、NSTの仕事の質が向上すると期待されている。”
- 122 ハートセンター会議
現在週1回、医師・看護師・コメディカルが集まるミーティングを行っている。薬剤師からは薬に関連する情報提供を行い、皆で共有している。薬剤部の視点からのみではなく、総合的にディスカッションすることで薬に関連するリスクを減らすための方策を考える良い機会となっている。各部署の管理者のみの意見ではなく、病棟で実際に業務に携わる職員の意見交換ができる会議である。”
- 123 持参薬確認
開始当初は消化器外科の病棟のみで行われていた薬剤師による持参薬確認業務であるが、薬剤師が関与することで、医療安全の観点からも、医療の質の観点からも向上するとの評判が広がり、その他の診療科からも依頼を受け、外科系を中心に対象診療科が大幅に増えた。”
- 124 定時内服薬カートセット

- 入院患者の内服薬を配薬カートに詰める作業を看護師と一緒にやっている。詰める作業と同時に、内服薬に関する患者情報交換を行うことができ、処方の変更などのダブルチェックができることが利点である。患者の内服薬自己管理能力に関して、看護師・薬剤師両方からの観点で話し合いを行い、自己管理導入を行うかどうか判断している。”
- 125 抗ガン剤支持療法の適正化
呼吸器内科と呼吸器外科の肺がんレジメンを統一した。それに伴い、ガイドラインで推奨されている支持療法(制吐剤)に統一化した。病棟看護師の業務の煩雑さが軽減し、患者の吐き気のコントロールもよくなった。”
- 126 TDM
当院では、病棟担当薬剤師が担当病棟のTDMを行うシステムをとっている。病棟に常駐することで、該当薬剤が投与される前から関与することができるため、初回投与の投与設計に携わることができる。また、看護師とのコミュニケーションも良好なため、採血時間の確認も行い適切なTDMを行うことができている。”
- 127 剤形変更・用量設定
錠剤のオピオイドの服用が困難な患者の情報を病棟で入手した場合、別の剤形(例えば点滴)への提案がいち早くできる。その際、剤形の提案だけでなく、オーダーの方法、患者の腎機能・肝機能を考慮した投与量、投与経路変更に伴う換算を行った上での用量の提案ができる。看護師とも相談し、モニタリングの注意点などを話し合い計画を立てることもできている。”
- 128 産婦人科病棟にて、おなかの張りが主訴にて入院してきた患者に対し、子宮収縮抑制剤が投与さ
排便状況を確認したところ、マグミットが処方されていたが、効果がなかったため、服用していないことが分かった。3日間便が出ておらず、ラキソベロンを処方提案した。
排便コントロールが必要なため、マグミットの調節を毎回こまめに行った。
排便コントロールもでき、おなかの張りもなくなり、患者もマグミットの調節の仕方や効果があることを認識できた。”
- 129 妊娠末期(32w)の患者が肩と腰痛のため整形受診し、モーラステープが10袋処方された。整形の
医師は外用薬は問題ないと考えていた。
整形の医師にモーラステープの胎児動脈管閉塞の可能性を伝え、産婦人科医師に報告。モーラステープ中止し、湯たんぽにて肩と腰の痛み軽減させることとなる。”
- 130 産後薬を説明するために初回訪問したところ、患者の顔色が悪かった。採血結果を確認したところ、Hb8.7であった。
鉄剤処方方がでているかみたところ、処方オーダーされておらず、医師に報告し鉄剤注射処方とな
パスでope後、翌日の流動食開始と共に内服する漢方が翌々日の開始日となっていることに気づいた。同日2人の患者がおり、主治医が異なっている。
医師にパス通りに行ってもらおうよう依頼し、翌日開始日指示に変更となる。リーダーに報告し感謝された。”
- 132 薬剤管理指導を行うため、薬歴を記入しようとしたところ、処方指示のところにカルテシールが貼られておらず、医師に確認。確かに貼ったとの返答。
リーダーに指示受けした患者のカルテを調べてもらったところ、違う人のカルテにシールが貼られていることを発見。”
- 133 DPCのため、点滴4日間を3日間にしようとしたDrが思案していた(ope患者対象)。
点滴4日間セットでのオーダーも残っており、点滴3日間セットを選択し、内服開始日は従来の5日目から内服としてしまったため、4日目が薬投与なしになっていた。
ope前指導のため薬歴を記載していることに気づき、医師に報告。内服開始日は4日目からと
パスにて産婦人科opeメニュー、婦人科opeメニューがルーチン化されている。Ope 患者が産婦人科
134 2人、婦人科1人同日にあり、医師が連続で処方オーダーをしていた。
妊婦(産婦人科)に婦人科opeメニューがオーダーされており、医師に確認したところオーダーミスであることがわかる。”
- 135 薬剤師本人が同じ病気でope入院してきた患者に対し、医療者としてと患者としての立場で指導・助言し、ope前患者にとっては、心強く感謝される。
- 136 授乳婦への薬剤投与についての検索本が英語版(ランク表現を共通言語にしておき)であり、問い合わせは病棟にも同じ本が置いてあるが、
担当薬剤師に必ず電話がかかってくる。頼りにされている。”
- 137 持参薬管理表にて、持参薬は必ずチェックし、サプリメント摂取状況もチェック。
インターネットにてサプリメント情報も検索し、他スタッフにも情報共有している。”
- 138 病棟常備薬の劇物(薬)などの配置換え
- 139 持参薬と入院処方で剤形の違いによる力価を指摘、修正。
- 140 透析患者に対して禁忌薬あり。オーダー修正。
- 141 早期胃癌にてESD目的にて入院患者。持参薬確認の際、プラビックスとバイアスピリンを入院日の朝より中止したと判明。(医師の中止指示ではなかった。)翌日ESD予定であったため、Drに報告し、ESD中止、入院取り消しとなった。
- 142 鼠径ヘルニアにて根治術目的にて入院の患者。他院にてエパデール処方され服薬しており、主治医は入院当日まで知らなかった。手術不可能にて入院取り消しとなった。

- 大腸癌ターミナルにてモルヒネ持続使用中の患者。入院期間も長く、家族よりも長くないため、帰宅させたいと要求あり。パッチでは効果不十分であり、モルヒネPCAポンプにて外泊することになる。
- 143 自宅より帰院後、ご本人に笑顔見られ、「楽しかった。ありがとね。」と。この方法にて2度外泊し、帰院2日後亡くなられた。最期を迎えるにあたり、楽しい思い出を作ってあげられた。
- 144 定期にてガスター内服中の患者。IPにてプレドニン内服開始と共にタケブロンも処方。Drへ確認し、ガスター中止へ。
- CDDP+TS-1のレジメンにて化学療法中。今回2コース目。レジメン計画書にはCDDP(80mg)、TS-1(120mg)。オーダーにはCDDP(120mg)、TS-1(120mg)で入力されていたため、Drに問合せし、CDDP80mgへ変更となった。
- 145 アリムタ+CDDPの化学療法中。フレスミン投与日にDrがチェックしてあったが、オーダーに履歴なし。問合せし、フレスミン入力忘れと判明し、オーダー入力することになった。
- 146 オキシコンチンによるPain Control中の入院患者にオキノーム処方。レスキューの内服拒否により、コントロール不良であった。何度も訪問し、麻薬に対する誤解をとくよう説明し、レスキュー使用可能となった。また、オキシコンチンのベースも安定し、外来にてコントロール可能となった。
- 147 手術前日の入院患者の持参薬確認の際、バイアスピリンの内服を確認。Drに確認し、手術中止と崕径ヘルニア根治術にて入院患者。持参薬にプラビックスあり。服用継続されていたため、Drへ報告。手術延期となった。
- 148 喘息患者への吸入薬剤の手技を説明。手技チェックを行うことで、しっかりと吸入できるようになった。
- 149 医療用麻薬の開始時に説明に行くことで、患者がより納得した上で、使用できるようになった。
- 150 NSに対して、注射薬の配合変化に対する対応。イントラリポスが多いため、多剤との混合ができるかの質問に返答し、感謝される。
- 151 肝機能値が一気に上昇した患者に対して、Drより何か原因がないか尋ねられる。関係の強い薬剤の中止を提案し、中止後肝機能値が正常値に戻りDrより感謝される。
- 152 持参薬の確認でNSチェックしたのもも薬剤師がチェックしているが、規格、用法用量の間違い等を発見し、医療安全に貢献できた。
- 153 カポジ様水痘症患者使用後の沐浴槽の消毒法についてNSに指導。
- 154 ノボリン30R 2回/日からノボラピッド+ランタスへの変更をする際の投与量の単位の目安についてDrより質問あり。回答した。
- 155 白血病患者の感染予防薬をよりスムーズに服用する為の飲食物リスト(過去のデータ・経験上のもの)を患者家族に手渡し、服薬時の参考としてもらった。また、NSにも伝え、患者のコンプライアンス向上に対する意識付けを行った。
- 156 単一ルートの患者に複数の注射薬を投与する際の配合変化について調査し、適切な投与タイミングについてNSに説明・提案した。
- 157 注射薬の開封後の安定性についてNSに説明・指導した。
- 158 小児患者の入院が長引いたため、患者母の定期薬(心療内科)が尽きかけていた。かかりつけの病院が遠方かつ、当院処方不可のため、師長、主治医と連携し、近医への紹介を行った。
- 159 注射の配合変化の問合せに対して、病棟にて対応した。
- 160 ODPの持参薬の内容をチェックした。
- 161 スtock薬の期限がせまっていた為、薬剤の交換および定数薬の見直しを行った。
- 162 薬剤(麻薬を含む)使い方などを常にすぐ聞くことができる。また効果についても、患者と話合っていただけ、変更の相談もできる。
- 163 NSの気が付かないアレルギーなどについて発見した。
- 164 患者(高齢者を含む)から専門の人からの説明で分かりやすい、安心感があると意見をいただいた。また、NSへの患者からの薬剤の質問の減少に繋がった。
- 165 NSと薬剤のダブルチェックができ安心感が増す。
- 166 医師より、ENT処方時に当院採用薬と不採用薬返答や、不採用時の同種同効薬の選択の相談がしやすいため助かると意見をいただいた。
- 167 定期セットの際に一化化されて薬の中に規格の違う薬を発見した。(レキップ0.25mgではなく2mgが混入)すぐに薬剤を返却し、正しい規格のものをセットした。
- 168 医源性低血糖で入院した患者。(かかりつけ医からダオニールを中止して、アマリールを服用すると言われていたが、レニベースを中止し、ダオニールおよびアマリールを併用し、低血糖発作にてERより入院。)入院時アナムネ聴取時に中止すべき薬が異なっていたことが判明。主治医に報告し、低血糖発作の原因が判明し、退院された。
- 169 救急病院のため24時間入院があり、診療科も多岐にわたる。それゆえ、使用薬剤の種類も多く持参薬、処方薬を処理するのに多くの時間を要する。そのため、夜間入院患者の薬の処理サポートをする目的で、翌日昼間ではNSで対応し、その後の確認、配薬車セットなどは薬剤師が行うこととしている。セットを薬剤師、配薬をNSとすることで、ダブルチェックを確実に行うことができる。
- 170 入院前使用薬一覧表を作成することで、使用薬の把握ができる。また、病棟スタッフができるだけ入力フォーマットを使えるように使い方マニュアルを作成した。
- 171 インスリン使用患者が入院し、絶食スライディングスケールとなった。指示インスリン単位数が少ないと判断したため、何度も主治医(他科)へ連絡し対処した。高血糖症状もみられたが、患者から、インスリン療法の話、単位設定時のアドバイスなど、大変感謝された。
- 172
- 173

- 薬情に記載してある副作用の症状があると相談を受ける。話から推理すると副作用よりは貧血が
 174 疑われたため採血オーダーを依頼。Hbは5.4のため輸血施行。その後の精査より食道ガンが発見され
 た。放置すれば余命1ヶ月の命だったと。後日患者さんより感謝された。
- 175 セフェム系アレルギーのある患者に産後定例薬のセフトゾンがパスで処方された。配薬前にカルテ
 チェックにて気づき、Drに報告したところ、ホスミンへ処方変更となった。
- 176 ドキシルを使用する当院初の症例において、発生頻度の高い手足症候群、口内炎などの副作用を
 予防するために、患者への手足のアイシングの指導を行った。また、手足の保湿剤、口腔内消毒薬
 の使用を推進した。それにより、副作用の発現防止を目指している。
- 177 オピオイド使用患者で、疼痛コントロール不良の際、Drへオピオイドローテーションを提案し、NRSの
 低下と副作用の軽減に寄与した。また、それによって、患者のQOLが向上した。
- 178 イレウスのターミナル患者のHPN指導において、指導計画を短縮し、短い期間で、手技取得したこと
 で、患者の在宅期間が延長し、QOLが向上した。
- 179 薬価の一覧表をDrに渡し、処方をまとめてもらうことで1Rpを205点以下にした。
- 180 他院でガスポート服用しており、当院にてガスターDが処方され、当院処方が中止となった。
- 181 カリウムが高いのに病院食でバナナが出されている。患者本人も心配されていたため、Drに確認
 後、変更となった。
- 182 パントシン・カマ(散薬)は入れ歯につまるため、飲みにくい。Drに確認後、パントシン、マグミット
 (錠剤)へ変更となった。
- 183 持参薬がODPで継続服用する場合、中止の薬を抜くことが難しいため、薬剤師が行うと、NS達より
 感謝された。
- 184 医師から依頼を受け、薬疹疑いの患者において、薬剤師の特性、服用期間などを調べ、疑わしい薬
 剤をDrに報告した。
- 185 持参薬でガスターD内服中の患者にガスターDに胃潰瘍にてタケプロンが開始となった。Drにガス
 ターD内服中であることを伝えた。その後、ガスターDが中止となった。
- 186 持参薬でハルシオン内服中の患者に口腔内カンジダ症にてフロリドゲルが処方される。併用禁
 忌であることをDrに説明し代替薬として、マイスリーを提案した。
- 187 麻薬を含む大量の持参薬あり。看護師より鑑別を依頼される。鑑別、セットを薬剤師が行うことによ
 りNSはその他の業務集中できた。
- 188 S状結腸ガン患者。S状結腸切除後、イレウスにて入院。下肢の痛みが強く、オピオイド(オキシコン
 チン)を使用して板が、コントロール不良。病棟薬剤師がL4、L5の神経因性疼痛と考え、鎮痛補助
 薬ガバペン錠の処方提案し投与したところ、痛みが軽減された。イレウスを繰り返すため、病棟薬
 剤師がHPN指示を行い、本人家族の希望であった在宅療養が可能となった。
- 189 直腸ガン手術後、骨盤内再発患者。痛みのコントロールのため、神経ブロック(クモ膜下脊髄神経ブ
 ロック)を行った。神経ブロック施行したが、痛みのコントロールがつかず、主治医より緊急で痛みの
 コントロール設計を依頼された。病棟薬剤師は持続モルヒネ使用を提案し、タイトレーションをDrと
 一緒に行い、モルヒネ注1000mgでNRSが0となった。バルン型シェアヒューザーで在宅療養を可能
 とした。その後、主治医、在宅医師に痛みのコントロール、バルン型ポンプの使用方法を薬剤師
 胃癌手術後患者、病棟薬剤師が薬剤管理指導中に仙骨部の痛みがあることを聴取した。腹部の瘻
 190 孔のコントロールをするために仰臥位の体位を強制されていた。薬剤師が褥瘡を発見した。Grade
 IIの状態であり、早期発見により褥瘡の悪化を防ぐことができた。
- 191 薬剤師が簡易懸濁法の導入したことにより、配薬車セットが簡便となり、錠剤で識別番号を確認で
 きるため、配薬時のセット間違いを回避することができる。また、セットにかかる時間を短縮するこ
 とができたため、薬剤管理指導にあてる時間を捻出することが出来た。
- 192 呼吸筋麻痺のある患者に呼吸抑制が起こらないような睡眠薬の選択を提案し、患者の不眠が改善
 し、感謝された。
- 193 整形疾患にて手術の患者。術前の訪問、持参薬チェックにより、近医にて乳癌治療薬であるフェ
 マーラが処方されていた。手術に際し、当院整形医、近医いずれもフェマーラに関する言及がな
 かった。術後しばらく不動状態となるため、血栓のリスクがあると考え上申。近医とも連絡を取り、2
 週間の休薬となる。また、近医とも連絡を取ったため、患者の納得の度合いは良かった。
- 194 整形疾患にて手術の患者。術前は病院に通院したことがなかったが、入院中に血圧が高いことが
 判明。術後より、アダラートCRの処方となるが、しばらくして中止の指示がでる。確認すると服用
 後、めまい、軽い気分不快が出た模様で、Drより中止してよいとの説明があった。しかし、服用開始
 直後より血圧のコントロールが良好であったことや、開始直後の一過性の低血圧症状であると考え
 られたため、Drに確認後、再度患者と相談し、様子を見ながら服用を続けることとなった。その後、
 血圧コントロールは良好であり、気分不快等はなくなった。
- 195 インスリン自己注射導入時の初期指導(薬の特性、保管方法、使用方法を説明することで安全に使用
 できる様努めている。)
- 196 注射薬定数管理、麻薬、毒薬、向精神薬の管理。(ストック薬の期限、使用頻度、保管方法に関して
 定期的にチェックを行い適正な在庫管理ができるよう努めている。)
- 197 持参薬チェック(当院採用薬に限らないため、持参薬の規格、当院採用品では何にあたるか確認を
 198 注射薬の配合変化(点滴にて投与の薬剤が多いため配合変化について情報の提供を行って)

- 生検入院患者にて、持参薬以外で病院には持っていない内服薬あり。詳細を聞いたところ、事前
199 前に中止が必要であるエパデールS600を服用していることが判明。生検施行見送りとなる。もしこ
のまま施行していたら、出血する可能性もあった。
- 200 病棟に術前中止薬の一覧の写真、名称を掲示。持参薬チェックがしやすいようにしている。
- 201 MVAC療法のdripの順番。drip時間を一覧にまとめ掲示。また、GC、GEM、BFPなどについても同
様に作成。手技の確認がしやすいようにしている。
- 202 朝食後のオーダにて病棟に上がっていた薬(パリエット)があったが、NSが指示に気づかず、放置
されていた。午後病棟に上がった際に薬剤師が気づき、NSに指摘し、すぐに服用となった。
- 203 NSより注射薬の配合変化について質問があり、調べてその日のうちに返答した。内容はビーフ
リード-シプロキサ、ビーフリード-ロセフィンであった。
- 204 病棟業務においては、患者の腎機能、肝機能の面からも投与薬剤、投与量のチェックを行っている。
ある患者において、入院時より腎機能の低下が認められていたため投与量の確認を行ったところ、服
用中の薬剤のうち1剤において推奨よりも多い量が投与されていた。主治医に確認すると、主治医も
チェックを行っていたが見逃していたとのことで、次回投与時より投与量が減量となった。
- 205 入院処方でジゴシン(0.125mg)錠の処方あり。後日家族が持参薬を持ってこられて、チェックをした
ところ、他院からの処方で、ジギトキシシン(0.025mg)錠を服用されていたことが判明。TDM、心電図
などの副作用対応を依頼し、ジゴシンは中止された。
- <肝がん・肺転移の患者さまで嚥下障害により内服が困難であった一例>癌性疼痛コントロール
目的にて、オキシコドン錠が処方されていたが、嚥下困難にて内服できず、デュロテップMTパッチが開
206 始となったが、レスキューはオキノム散のままであった。ペインスケール7~8であったが、散剤が
のみにくいため、ご本人がレスキューを希望されなかった。そこで、アンペックザ剤。アンペック注、
フェンタニル注の各の等価換算表を作成しDrに提供。適切な剤形、用量における情報提供をおこ
207 採血検査結果にて、UA上昇の患者様に対して、アロプリノールの適切量を計算し、Drに提案。アロ
プリノールによる治療が開始となった。UA、腎機能ともに改善傾向を示している。
- 208 セナリドが1日1錠で処方されていた患者様が、排便困難のため1日3錠に増量になったところ、下
痢と腹痛の症状が出だしたため、1日2錠に変更してもらった結果、症状が改善した。
- 209 持参薬を確認し、情報を電子カルテに添付している。院内処方との重複や相互作用などのチェック
をおこなっている。
- 210 新規入院の患者様の持参薬のチェックをおこなっており、サプリメントや健康食品の服用状況なども
収集している。持参薬チェックをすることにより、他院所(複数の医院にかかっている患者様)から出
ている薬が重複していることを発見することができ、服用状況も把握できる。また、収集した情報を
カルテ上で共有することにより、当院からの処方薬との重複も防止することができる。
- 211 ここ数カ月間糖尿病や高血圧などのコントロール不良にて薬剤増減がなされている患者さまが入院
された。(自宅では家族が管理)入院時持参薬をチェックした際、現在の処方と用量の違う以前の薬
剤(残薬)がごちゃまぜにセットされていた。すぐに現処方どおりにセットし直しご家族の方にも薬剤
説明をおこなった。(家族はすべて同じ薬剤と思っていたとのこと。)その後コントロールは良好になり
212 退院された。誤った知識や薬剤管理による危険を回避できた。
- 糖尿病の患者様で、禁忌薬のセロクエルを他院から処方され持参されていた。主治医に相談し様
子を見ながら減量を行い中止することができた。
- 213 担当患者様の退院処方チェックし、検査値を確認したところ、Tcho:93 K:2.6と低下していた。ラ
シックス20mg、ローコール20mg服用中だったので、担当Drに処方減量について提案、退院処方
からラシックス中止、ローコール半量に減量となった。また、患者様が退院後もカレンダー管理を希望さ
れたため、処方変更内容と併せてカレンダー貼付の方法(2枚使用していたため)についても、退院
後のかかりつけ薬局にFAXで情報提供を行った。
- 214 持参薬をチェックし、内服状況を本人に確認。高齢者で全てヒート管理は難しいとのことで、Dr.と
相談し一包化に調剤しなおした。患者のコンプライアンスが改善された。
- 215 退院時の指導は、病棟管理薬など、患者に分かりやすくまとめて渡す必要があり、Nsがまとめた場
合、定期薬、退院薬を混合してしまう場合あり。薬剤師が関わることで、患者に正し薬を手渡すこと
216 中止・変更指示など看護師と薬剤師がダブルチェックすることでミスが防げる。(看護師の指示受け
で実施ができていないのを発見。実施をするようながす。)
- 217 持参薬の継続・中止の処理や不足処方時など、薬剤師が関わることでスムーズにできる。
- 218 薬剤師が患者と関わることで得られる情報(Dr. Nsには患者が話しにくいこと)を、病棟スタッフと共
有することで、問題解決につながることもある。(他職種が関わることで多くの情報が得られる。)
219 キロサイド注160mgを投与すべきところ、1600mgで調製し投与が開始された。投与開始直後に病棟
担当薬剤師が気づき約30mg投与した時点で点滴を止めた。その後、薬剤を正しい用量で調製し直
し、残りの用量分を投与し過量投与の事故を防いだ。なお、キロサイドは治療用量が10mg/m²程度
から2g/m²程度まで幅広く、多様なレジメンや変法レジメン等もあり処方が複雑な場合がある。
- 現在、研修医は短い期間で多くの診療科をローテーションする方式がとられており、治療や治療
薬剤について深く理解する前に次の診療科の研修へと移ってしまう。そのような研修医に対し、業
務中に抗がん剤を実際に調製しているところを見せながら注意事項等を説明することがある。この
ことは、休日等に、慣れない研修医が調製を行う際の質と安全確保につながると思われる。”

- 左腎腫瘍に対し泌尿器科にて化学療法を施行している患者に対し服薬指導を行っていた。その患者から、“めまいがする”との訴えがあった。当初、医師側は化学療法の影響と考えていたが、元々患者はてんかんの既往がありフェニトインを服用継続中(300mg/分3)であったことに薬剤師が
- 220 気づき、フェニトインの副作用も考えられることから、血中濃度測定することを医師に提案した。その結果、フェニトイン血中濃度は40 μ g/mL以上と高値を示していることが判明し、その日の夜よりフェニトインの服用は一時中止となった。その後、CYP2C9の遺伝多形について医師に説明し、患者の同意を得た後に遺伝子診断を行ったところ、CYP2C9*1/*3を有していることが判明し、フェニトイン入院日にプレタール錠が処方されたが、当該患者にプレタールの服用歴、プレタールを服用するような既往歴もなかった。初回指導の際にお薬手帳を確認したところ、プロレナール(オパルモン錠の後発)を服用していた。医師に疑義照会を行ったところ、プロレナールを処方するつもりが似た名前のプレタールを処方してしまったとのこと(プロレナールは当院では採用されていない)。誤った薬の整形術後のワーファリン服用(VTE予防)中の患者で、著明な充血が認められていた。INR測定を依頼したところ、4以上になっており目標値を超過していた。ワーファリンは中止となり経過観察となった
- 221 癌化学療法施行中の患者において、1~2コース目までの腎機能はほぼ同等の値で推移していたが、3コース目開始前に腎機能が低下していた。腎機能低下にもかかわらず、1~2コース目までのdoで3コース目の処方が出されたため、3コース目開始前のCcrよりカルバート式でCBDCAの投与量を算出、医師に疑義照会の上22%投与量が減量となった。
- 222 癌化学療法で毎回口内炎症状のひどい患者に対して、ソルコセリル注の投与とハチアズレによるうがい
- 223 の励行を依頼。口内炎症状が軽快した。
- 224 持参薬のスターシス錠(30)3T/分3で服用していた患者に対して、退院処方としてファスティック錠(90)3T/分3が処方された。3倍量となるため疑義照会し、ファスティックは削除となった。スターシスの30mg錠は代用薬がないため、残薬が数日分あるためかかりつけ医で処方して頂くこととなった。高用量スプラチンのレジメンで、制吐剤は5-HT3のみであったため、遅延性の嘔気の発症患者が多かった。ASCO等のガイドラインを用いて医師に説明しデキサメタゾン
- 225 を前投薬の処方に追加しセット処方として登録してもらった。
- 226 入院前からワーファリンを服用していた患者。入院中はヘパリンにてコントロールされていた。EN導
- 227 入しツインラインを開始。退院前にワーファリン再開となった。薬剤師が相互作用に気づき、ハーモニックMIに変更、退院となった。
- 228 ステロイド長期服用患者にビスホスフォネート系薬剤が投与されるが、本薬は自覚症状の軽減を期待するものではなく、しかも服用に当たる注意点が極めて多いため、服薬アドヒアランスが低下しやすい。実際に、「なんか飲んでても効いてるんだか効いてないんだか分からないから、飲み忘れたりすることがあるんだよね」という声があり、有効性の低下が懸念された。そこで、ビスホスフォネート系薬剤の服用後の体内動態の図と食事の影響による吸収率低下を示したグラフを作成したところ、複数の患者も
- 229 タキソールが処方されていたが、前投与薬のレスタミンが処方されていなかったため、医師に処方
- 230 を依頼し、投与を行った。
- 231 入院時の医師の指示では、持参薬の続行であったが、患者はその認識がなかったため、服用していなかった。持参薬を引き上げて、看護師管理として服薬を再開させた。”
- 232 術後創部感染患者の患部洗浄手術に対して、術中の抗生剤の相談があった。CEZ → LVFX → MEPM の使用歴から、MRSAまたはMRSE、嫌気性菌を疑い、術中抗生剤をCEZ ではなくVCMを推薦し、培養結果が出るまで投与を続けた。後日、MRSEの結果が出たので、腎機能を考慮しTELCへ変更とした。”
- 233 PSL服用開始の患者に、手洗い、うがいの必要性を説明し、医師へ処方依頼をし、イソジンによるうがいが開始となった。
- 234 DPC導入に伴い、持参薬について、①入院初日に病棟薬剤師が持参薬の確認を行い、電子カルテに報告書として入力保存、②医師が内容を確認し「継続/中止」の指示を入力、③看護師が指示受けを行い与薬管理を行う、という運用の持参薬管理を導入した。
- 235 ワーファリン錠処方患者に納豆、ネオオラルカプセルや一部のカルシウム拮抗薬処方患者にグレープフルーツなど、食事との併用禁忌がある場合、禁食指示がでているか薬剤師が確認し、漏れがある場合には、医師または看護師に連絡することにより、医療安全に取り組んでいる。
- 236 持参薬のカルシウム拮抗剤が継続投与となっていたが、グレープフルーツの禁食指示が出ていなかったため、医師・看護師に連絡し、禁食指示をだしてもらった。医薬品と食品の相互作用を回
- 237 持参薬を院内処方に切り替えた際、含量規格が異なっていたため、医師に指摘し、処方を訂正してもらった。医療安全に貢献した事例。
- 238 持参薬を院内処方に切り替えた際、透析日は本来投与中止の薬が、連日処方になっていた。医師に指摘した。医療安全に貢献した事例。
- 239 持参薬と術前の院内処方に重複している薬剤があり、医師に指摘し、持参薬が休薬となった。医療安全に貢献した事例。
- 240 持参薬の消化性潰瘍用剤を継続内服中、同効薬が院内処方された。医師に連絡し、院内処方を中止した。医療安全に貢献した事例。
- 241 退院予定患者で、血糖コントロール不良(朝測定血糖値が低値)であったため、経口糖尿病薬の減量または内分泌代謝内科専門医に相談するよう主治医に連絡、経口糖尿病薬の処方が減量となっ

- 241 抗生物質のアレルギー既往あり。クリティカルパスに当該の抗生物質が組まれており、医師に連絡し、別の抗生物質に変更となった。 医療安全に貢献した事例。
- 242 鎮痛剤で嘔吐の副作用の既往あり。クリティカルパスで当該の鎮痛剤が組まれており、医師に連絡し、処方修正となった。 医療安全に貢献した事例。
- 243 過去に副作用歴がある患者に、当該薬品が処方されたのを把握し、医師に処方変更を促した。医療の質向上及び医療安全に貢献した事例。
- 244 服薬指導時に、患者からの聞き取りにより、ステロイド剤の服用錠剤数が処方指示量より極端に少ない(8錠/回→1錠/回)ことが判明し、医師に報告した。
- 245 インスリン自己注射の単位を最終決定しないまま退院するところ、主治医に指摘を行い、専門医にコンサルテーションしてから患者に教育して退院させた。
- 246 下剤が処方されている患者で下痢症状発現。止瀉薬を処方されていたので、医師に下剤中止で経過観察を提案。 医療の質の向上に貢献した事例。
- 247 抗菌薬による下痢症状が疑われた症例、患者は医師・看護師に申告せず服薬指導の中で患者から薬剤師が聴取した。医師に連絡し、整腸剤処方併用となった。 医療の質の向上に貢献した事例。
- 248 小児の患者に、解熱剤の成人用散剤が処方されたのに対し、苦味を指摘し、小児用細粒に処方変更となった。 医療の質の向上に貢献した事例。
- 249 服薬が困難な患者に対し、剤形変更や代替薬への変更を医師に提案し、処方変更となった。 医療の質の向上に貢献した事例。
- 250 患者自己管理としていた薬剤(自分で1回投与分ごとにセット)で服薬違いを面談時に発見した。看護師に連絡・相談の上、看護師管理に変更とした。 医療安全に貢献した事例。
- 251 患者面談で鎮痛薬の効果が不十分であるとの患者からの訴えを聴取した。鎮痛薬の処方変更を医師に提案し、処方変更となり、その後徐痛効果が良好となった。 医療の質の向上に貢献した事例。
- 252 病棟常駐時に、抗癌剤注射剤の点滴時間について看護師より質問を受け、医師の処方に記載されていた投与時間について薬剤師が看護師に解説した。その結果、適正な点滴時間で投与が行われた。 医療安全に貢献した事例。
- 253 病棟常駐時に、注射薬で投与量が1バイアルより少ない処方の秤量計算について、看護師が不安があり、秤量値の計算を検算した。看護師の計算が間違っていたため、解説し、適正な秤量とした。 医療安全に貢献した事例。
- 254 毒薬、向精神薬の区分管理が不十分な事例があり、看護師に指摘し管理の適正化を図った。
- 255 他診療科コンサルテーションの結果、投薬指示が出されていたが、主治医から処方入力が行われていなかったため、主治医に確認し処方発行となった。
- 256 他科の内分代謝内科専門医にコンサルテーションした結果、指示されたインスリン単位数と主治医が指示したインスリン単位数が異なっていることを発見し、主治医に指摘、指示が変更となった。 医療安全に貢献した事例。
- 257 手術のため欠食となっていたが、夕分の経口糖尿病薬の処方があり、医師・看護師に指摘し、該当夕分の投薬が休薬となった。
- 258 手術のために一時休薬となった薬剤が、術後に再開されていない事例に対し、医師に確認し処方が適正化された。
- 259 抗生物質と鉄剤の相互作用を医師に指摘し、鉄剤が一時休薬となった。 相互作用を回避した事例。
- 260 抗悪性腫瘍剤と他剤との相互作用を医師に指摘し、処方変更となった。 相互作用を回避した事例。
- 261 抗菌剤と他剤との相互作用を医師に指摘し、相談のうえ、服用間隔をずらす対応をもらった。
- 262 治療薬の副作用の対症療法として薬剤を併用したが、治療薬が中止になった後も、副作用対策薬が継続処方となっていたのを指摘し、中止となった。
- 263 ゾピラックス眼軟膏の処方が2つ発行されていた。点入の用法で1枚、眼瞼塗布の用法で1枚。医師に確認の上、点入の用法の処方せんが有効で、眼瞼塗布の処方せんは削除することとなった。
- 264 がん化学療法が中止となったが、制吐剤の処方削除を医師が忘れていた。処方削除を医師に連絡
- 265 利尿薬を減量中の患者、次回定時処方が減量前の投与量に戻っていたので、医師に連絡し、処方せん発行前に処方修正となった。
- 266 通常1週間間隔で漸増していく抗パーキンソン病治療薬が、1週間経過しても初期導入量のままであったため、医師に連絡し、増量となった。
- 267 週1回間歇投与の薬剤(注射剤)に関して、今週の処方の入力がなかったため、医師に連絡、投与が継続されるよう処方(注射剤)を依頼した。 医療安全に貢献した事例。
- 268 外来時の処方と入院後の処方(規格単位、投与量、剤形)が異なっており、医師に確認したところ、処方間違いで処方が修正された。 医療安全に貢献した事例。
- 269 消化性潰瘍用剤が経口剤から注射剤に切り替わった場合、経口剤が中止になっていることを確認している。経口剤の中止指示がされていない事例もあり、医師に処方中止を依頼する事例がある。 医療安全や医療の効率化に貢献した事例。
- 270 経口剤と注射剤との間で、同効薬や同成分薬の処方の重複を医師に指摘し、処方修正となった。 医療の質の向上及び医療安全に貢献した事例。
- 271 同効薬の処方(経口剤)の重複を把握し、処方修正となった。 医療安全に貢献した事例。

- 272 定時処方、直近1週間の処方変更を反映せず、そのまま前回の定時処方の内容を処方されることがあるため、定時処方ごとに前1週間の薬の変更経緯を確認し、定時処方の内容を確認している。問題があれば医師に指摘し、処方修正を依頼する。医師や看護師から感謝されている。
- 273 定時処方と臨時処方で薬剤の重複があり、医師に連絡し、臨時処方が中止となった。医療安全に貢献した事例。
- 274 定時処方が処方されていない患者を確認し、医師に処方依頼を行う。病棟薬剤師の通常業務として実施。医師や看護師から感謝されている。
- 275 医師の処方忘れを発見し、医師に指摘し、処方発行となった。医療安全に貢献した事例。
- 276 処方継続の入力がなく、医師に連絡、投薬が継続されるよう処方を依頼した。医療安全に貢献した事例。
- 277 処方継続の確認を行い、服用開始日に間違い(服用開始日が重複、朝昼夕の服用開始時期が重複)があることを発見し、処方修正となった。医療安全に貢献した事例。
- 278 退院時処方、一部薬剤が処方されていない。医師に確認し、不足分の処方をしてもらう。
- 279 抗癌剤の休薬日数を確認、退院時処方の投与日数が不適切であったので、処方を修正してもらった。
- 280 オピオイド系鎮痛剤で、経口剤から貼付剤への切替を行う患者、経口剤中止時間と貼付開始時間が適正ではなかったため、医師に指摘し、投与時間等を変更した。医療の質に貢献した事例。
- 281 処方(内服剤、外用剤、注射剤)内容の不備(投与量、用法・用量、注射では点滴時間)を発見し、処方修正となった。医療安全に貢献した事例。
- 282 化学療法時の前投薬の処方となされていない事例があり、医師に確認のうえ、処方追加となった。医療安全に貢献した事例。
- 283 必要のない薬が処方されている事例があり、医師に確認のうえ、処方削除となった。医療の質の向上に貢献した事例。
- 284 癌患者の麻薬使用不慣れな医師に、レスキュードーズとdose upについて説明。(レスキューdoseが6?8回/dayが続いた為)併せてNrsにも説明し、オキシコンチンTab内服、レスキューオキノーム変更。患者のQ.O.L向上に寄与した。
- 285 他の癌患者で、オキノーム散内服で入院。内服困難となった為、まずアンペック坐剤への切替を提案。次いでデュロテップMTパッチへdose upで切替し、アンペック坐剤にて、レスキューを提案し、疼痛緩和に寄与した。
- 286 IVH・イントラリポスにて、コントロールの患者で、カロリー値を補正する為、カロリー計算を実施し、IVH輸液+ソルデム3A及びイントラリポス1袋/weekを提案し、カロリー量が安定した。
- 287 高齢者・癌患者のせん妄・夜間はい廻使用の薬剤を相談され、ドルミカムを少量開始。1A → 10A使用するも、安定しない為、フェノバル注へ変更。4hr程、眠れるようになったがまだ、睡眠が足りない為、ドルミカム注の屯用0.5A?1A使用を追加するよう提案。安定するも癌悪化の為死亡。
- 288 他院持ち込み薬から当院採用薬への切替
オノン4C → アングレア(10)1T
アマージ 1T → ゾーミッグ 2T 2× etc.”
- 289 スタチン系とフィブラート系の併用ができないコレステロール・中性脂肪が高い患者さんへの対応は? スタチン系+エパデールSを提案、了承。
- 290 腸閉塞の患者さんがK+値上昇の為、ケイキサレートの処方が出されたが、ケイキサレートで腸閉塞誘発の副作用がある為、アーガメイトゼリーに変更してもらう。
- 291 ジゴキシンの血中濃度を測定し、2mg/mLを超えていた患者さんの内服薬をチェックした結果、ワーファリン等、相互作用によりジゴキシンの血中濃度を上昇する薬剤が3剤併用されていた為、その旨を説明し、1日休薬の後、半量を提案し、1週間後のTDMで1mg/mLとなった。
- 292 マイコプラズマ肺炎にて入院されている患者様です。入院中にミノペン100mg/生食100mLにて治療されており、退院処方としてクラリスDSが5日分処方されていた。初回面談の際に、以前クラリスによって蕁麻疹が発症したことがあると母親より聴取しており、その旨を主治医へ報告。ミノマイシ
- 293 狭心症にてPCI施行後、3ヶ月restudyにて入院。
初回指導で他院からの持参薬をチェックしたところ処方されているはずのパナルジンの残りが朝食後6粒服用しているとのことだったが、パナルジン以外の薬で6錠処方あり、服用していないことが疑われた。
また、その他の薬の残数もバラバラであり、用法に関して曖昧であった。
Dr・Nsへ報告し、持参薬続行、パナルジンの追加及び内服薬は看護し管理とした。
その後アドヒアランス向上を図り退院”
- 294 他院にてオイグルコン(2.5)2T1×Mの処方ありDMコントロール中。
上部消化管穿孔にて入院。
症状が安定し、食事内服治療開始となったとき、ダオニールの用量が半減していたためDrに確認し処方ミスが発覚。
前院と同量の2錠へ変更となった”
- 295 胃癌術後、S-1+CDDP療法スタートのため入院。今回入院9日目、5回目の訪室。
副作用について聴取した際、左半身にしびれがあると訴えあり。
以前他院にて脳の検査をしたことがあり、その後バイアスピリンを処方されていた。
1月に歯科受診のため中止にしていたとのこと。

- 本人は気にはなっていたが、抗癌剤に影響すると思い黙っていたと。Drへ報告し、バイアスピリンが処方となる。その後、しびれ症状と出血傾向のモニタリングを行いながら化学療法を継続した。”
- 296 持参薬から継続してチラーゼン服用中。
OPE後、Hgb低下にてフェロミアが開始となる。
調剤室より相互作用ありとの指摘あり、Drと相談。
フェロミアを朝食後のみ食後2hrに変更となった。
内服薬はカセッターにて自己管理しており、用法変更及びその理由について指導。
その後コンプライアンス低下することなく、継続のまま退院となった。”
- 297 慢性虫垂炎にてOPE目的に入院。
クリニカルパス通りという指示だったが、小児のためNSAIDsではなくアセトアミノフェンへの変更を提案する。
Ptの疼痛軽度であり、カロナール400mgの頓用に変更となった。”
- 298 下部胆管癌術後の患者。
AP、OMIの既往にてバイアスピリン服用中であったが術前に一時中止。
術後1ヶ月、創部トラブルなく状態安定したためバイアスピリンの再開を依頼。
Dr受け入れあり、再開となる。”
- 299 S状結腸癌にて術前精査のため入院中の患者。
持参薬よりアシノン(75)2錠2×MA服用中。
入院中GIFにて胃粘膜びらんありタケプロン錠の内服開始となる。
同効薬重複しており、Dr問い合わせアシノンが中止となった。”
- 300 上行結腸癌にて右半結腸切除術施行の患者。
術後1WでHr低下、泌尿器科コンサルトにより神経因性膀胱の診断、ウブレチド(5)1錠1×より開始とその後下痢を生じたが0.5錠に減量し改善された経緯あり。
術後20日にて退院の運びとなるが、退院処方にて再度ウブレチド(5)1錠の処方となっていた。処方医(外科医)に確認し、誤処方が発覚。処方変更となった。”
- 301 直腸癌術後イレウスにて入院の患者。
入院後絶飲食のため持参薬も中止して保存療法としていた。
症状安定し入院10日後食事再開となる。
在宅時よりセンノサイドにて排便コントロールしており、食事開始後の排便について患者より不安の訴えあり、Drに報告。
持参薬再開となった。”
- 302 持参薬でホーリット錠を1錠1×で服用されていた患者様です。
当院に入院の際、持参薬継続指示により、当院採用薬の切り替えでミドール錠が処方されていました。ミドール錠の通常量は150mg～300mgであり、患者様も不穏が続いているとのことで、薬剤増量を提案。主治医より受け入れあり。ミドール錠6錠3×へと変更となった。”
- 303 退院処方として循環器から定期で処方されているお薬は15日分処方されていました。
退院指導の際、次回再診日までの日数のお薬が足りないことが発覚。
その旨主治医に報告すると、再診日を勘違いして処方されていた。
すぐに残りの日数分も追加処方となる。”
- 304 腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けた患者様です。手術の翌日より、内服が再開となり、ケンタン錠、ムコスタ錠、セフゾン錠が各3錠3×が処方された。同時に食事も再開になっていたが、その際持参薬の再開指示がなく、薬は患者自己管理になっており、服用していなかった。
主治医に報告したところ、持参薬再開指示もれであることが発覚。翌日の朝より持参薬再開となり
- 305 臍ヘルニアで入院されている患者様です。手術後持参薬がすべて再開となりました。
持参薬は外来の消化器内科より処方されたもので、その中でラクツロース・シロップのみ持参されていなかった。薬剤管理指導時に服用していないことが発覚。
その旨主治医に報告すると、すぐにラクツロース・シロップが処方された。”
- 306 下行結腸癌に対し、セツキシマブ/イリリテカンを併用で治療されている患者様です。
添付文書上セツキシマブはinfusion reactionを軽減するために前投薬として抗ヒスタミン剤の投与を行うこととあるが、注射剤の処方監査の際に抗ヒスタミン剤の処方がないことが発覚。主治医に報告すると、すぐに抗ヒスタミン剤が処方となる。”
- 307 右乳がんにて入院されている患者様です。手術後、内服・食事再開にて鎮痛剤処方あるも、持参薬再開指示なし。薬剤は患者自己管理にて服用していなかった。
その旨、主治医に報告し、持参薬も再開となる。”
- 308 薬剤管理指導時にスピリーバが1日1回、1回2吸入で処方されていることに気づき、処方医に確認したところ、誤処方であることが発覚。
すぐにカルテ指示を1回1吸入に変更してもらい、薬袋の用法を書き直し患者様に説明した。
患者様が誤った用法で吸入するのを未然に回避した。”
- 309 胆嚢結石にて入院し、絶飲食となっていた患者。ERCP後タケプロン注が開始になる。4日後持参薬再開となるが、持参薬中にガスター20mg錠が含まれるため医師に問い合わせ、ガスター20mg錠が中止となる。

- 310 CAGでのエルゴメトリン負荷によってspasmが見られ冠攣縮性狭心症の診断がつき、翌日の朝よりコリネールCRが追加となった患者様であった。しかし、他院からの持参薬にノルバスクが含まれており、血圧もBaseが100台と低い状態であった。ノルバスク・コリネールの重複となれば、低血圧のリスク高くDrへノルバスク中止の提案行った。
受け入れ有り、ノルバスクは中止。低血圧のリスク回避となった。
その後の血圧はコリネール単剤にてコントロール良好であった。”
- 311 敗血症ショック・DIC・急性腎機能障害を呈した患者様であった。それまでは腎機能は正常であり、ファモチジン注40mg2xの状態であったが、急激な腎機能の悪化に伴い用量調節の必要性ありと考え、主治医へ減量の依頼(Ccr60以上であったのが、Ccr20へ低下)。添付文書上、5mg(1/4A)／日静注の記載あるも、強いストレス条件下・1/4Aの指示は通常少なくミスが起こる可能性もあるとの事で、1日1/2Aとし副作用のモニタリングを行いつつ経過を注意していく事となった。
- 312 入院時よりコリネールCR(20)が処方になった患者様です。
退院時指導を行った際、次回再診日まで16日間あるにもかかわらず、退院処方として14日分しか処方されていないことに気づく。入院時処方分は本日の朝食後で飲み終えており残薬もなし、転院予定もないとのことで、その旨主治医に報告すると、再診日までの日数を勘違いしていたことが発覚。すぐに不足の日数分が処方となる。
再診日までのノンコンプライアンスを事前に回避した。”
- 313 他院ではミカルデイス(20)1錠1×で服用していた患者様です。入院時に持参薬がなかったため、内服継続の指示で当院より処方となったが、ミカルデイス(40)1錠1×で処方あり。その旨処方医に報告すると、ミカルデイス錠は当院で40mgの規格しか採用がないことに気づかずに処方したことが発覚。すぐにミカルデイス(40)0.5錠1×に処方変更となる。
- 314 当院から処方された薬剤を入院時持参された患者。
外来ではヒート薬剤にて処方されているが、初回面談時に持参薬をチェックすると、用法ごとに患者様がユニパックに裸錠にした状態で小分けして管理されていることがわかった。患者様曰く、ヒートのままで誤服用するためすべてヒートから出して処方された日にすべての薬剤を小分けしているとのこと。衛生面等考えて一包化を勧め、その旨主治医に報告し、入院時より一包化調剤となった。
- 315 持参薬で他院から処方された薬をそのまま入院時も服用されていた患者。
退院時に次回再診日までの薬が足りないと当院から処方された。
初回面談時に持参薬は一包化されてあると薬歴に記載あるが、退院処方はヒート品での処方であった。退院指導の際、患者にヒートである旨伝え、用法や、用量を守ることに自信がないとのこと。その旨主治医に報告し、退院処方も一包化してもらう。”
- 316 左ソケイヘルニアにて手術目的で入院の患者。
当院循環器科から処方された薬剤を持参されており、内服薬として持参薬継続の指示あり。
外来の処方歴には4種類の薬剤が記載されてあったが、薬剤管理指導時に患者の手元には3種類の薬剤しかなく、尋ねるとガスモチン錠のみ持参されていないことが発覚。
その旨処方医に報告すると本日夕食後より、持参し忘れていたガスモチン錠も処方となる。”
- 317 癒着性イレウスにて入院の患者。食事量upした時期より熱発認め、誤嚥性肺炎疑われempilicにユナスピン投与開始となる。投与14日をむかえ、患者の栄養状態は以前悪いが、解熱していることと耐性菌出現リスクを考え主治医へ抗生剤投与の必要性の見直しを提案する。受け入れあり。ユナスピン投与中止となり、empilic投与長期継続に伴う耐性菌出現のリスクを回避した。
- 318 本日退院の患者。薬剤管理指導時に次回外来再診日は2週間後であるのに対し、退院処方は7日分であることに気付く。入院時の残薬(3日分)と合わせても再診日までの日数分の薬剤が足りないことを処方医に報告。コンプライアンス向上のことも踏まえて、不足分を追加処方してもらうのではなく、14日分新たに処方をお願いした。
- 319 当院外来より処方された薬剤を入院時も継続して内服されていた患者。
入院時より腎機能障害あり(BUN/CRE:66.7/3.96)。腎障害時の抗ヒスタミン剤の蓄積を危惧し、ラニタック錠の処方変更を主治医へ提案する。受け入れあり。PPIへの変更となる。”
- 320 外来にてMVP療法を受けており、本日ビンクリスチン投与予定の患者。
主治医より抗がん剤投与開始指示あり、薬剤部にて抗がん剤の調剤・監査を行う際に、患者の検査値を確認すると、PLT値:25,000と前回より大幅に下がっていることが発覚(前回値PLT:174,000)。すぐに主治医に報告し、本日の投与は延期となる。
PLTが下がることによって起こる出血リスクの助長を未然に防いだ。”
- 321 虚血性心疾患疑いにて、CAG目的で入院となった。今回初めてバイアスピリン開始となる。初回薬剤管理指導時に持参薬を確認したところ、残数がばらばらだったため、ノンコンプライアンスが疑われた。退院時にバイアスピリンを他の薬剤と同一用法の夕食後に変更するように提案し、主治医より受け入れあり。その後、用法変更となった旨を指導した。
- 322 絶食状況下にて、TPN(ネオパレン2号)+イントラファット(200ml)、タケプロン注1V+NS20ml x2にて輸液管理されていた患者様であった。採血にて肝機能酵素(GOT/GPT/r-GTP)の上昇あるも、薬剤はそのまま続行の指示あり。薬剤性の肝機能障害も疑い、タケプロンを被疑薬と考えDrへ薬剤の中止・変更を提案。
タケプロンは中止、近々食事再開するとのことで変更薬は無し。また、強力ネオミノファーゲンCの静注を開始し、肝機能のフォローを行う方針となった。”

- (右)ソケイヘルニア根治術後、術前のGIFによって逆流性食道炎の指摘があった患者様であった。術後、絶食・輸液管理下ではタケロン注の静注によって治療が行われていた。全身状態が落ち着き内服再開・点滴中止となった際に、タケロンの内服への切替が行われておらず、処方漏れの状態となっていた。
タケロンの内服処方を依頼し、タケロン内服が追加となった。”
- 323 AMI既往の患者で胸部不快感の精査入院。持参薬は患者管理であった。
入院後のラボにてUA、K正常範囲内であり、内服薬調整のため上記薬剤は中止の指示が出ている。入院翌日の薬剤管理指導時に持参薬をチェックしたところ、中止指示が患者に伝わっておらず、そのまま服用していたことが発覚。
改めて中止して頂くよう指導した。”
- 324 VSA精査目的にて入院の患者。
持参薬としてプラバスタチン10mg、パリエット10mgを服用中だったが、持参薬は中止し当院処方薬のリバロ2mg、パリエット10mgに切り替えの指示が出ている。
内服薬は患者管理だった。
初回の薬剤管理指導(入院3日目)において、持参薬も継続して服用していたことが発覚。
上記薬剤が重複していたため、再度指導した。
その後コンプライアンスに問題なく退院となった。”
- 325 胆管癌術後の患者。癌性疼痛コントロール目的にステロイド服用中。
ステロイド服用開始の約1ヶ月後、腰椎圧迫骨折あり。転倒(-)にてステロイドによる骨粗鬆症を疑い、Drヘビスホスホネート製剤を提案する。
受け入れあり、ボナロンが服用開始となった”
- 326 胆管癌術後の患者、癌性疼痛コントロール目的にてステロイド内服中。
SBP70台とレベル低下、輸液加療開始。
その際、内服はステロイド以外すべて中止という指示だった。
ステロイドによる消化管出血予防にランソラール服用していたがfreeとなったため、DrにPPI処方を依頼した。受け入れあり、タケロンOD錠処方となる。”
- 327 下行結腸癌にて手術目的にて入院の患者。
術後、侵襲ストレスによる上部消化管出血予防のためファモチジン静注が開始。
症状落ち着き持参薬のラニタックが再開となった。
H2-I重複の旨Drに報告し、ファモチジンの中止となった。”
- 328 上行結腸癌術後、イレウス症状にて緊急入院となった患者。
入院当日の生化でBUN/CRE=39.8/1.78と脱水による腎排泄低下を認めた。
侵襲ストレス予防のためファモチジン20mg1日2回静注が開始となったが、1日1回に減量するよう進言し、Drの受け入れあり。上記のように変更となった。”
- 329 S状結腸癌術後の患者。今回ストーマ閉鎖の目的で入院となった。
退院時の薬剤管理指導において、排便コントロール不良の旨患者より相談される。
患者の不安も強く、Drに報告し上記薬剤の追加となる。
薬効・服用方法を指導し退院となった。”
- 330 僧帽弁閉鎖不全症にて入院中の患者。他院よりBA、COPDの診断でスピリーバの処方あり、入院時持参薬続行の指示であった。
初回薬剤管理指導時、患者よりハンディーヘラーを持ってきておらず面倒だったため吸入していなかったと相談される。スピリーバは患者ベッドサイドにて保管していた。
ハンディーヘラーを渡し、スピリーバ使用を指導、さらに冷蔵庫に保管するよう促した。またNSへ報告し注意して見てもらうよう依頼した。”
- 331 上行結腸癌術後の患者。
術後嘔吐、胸やけの訴えあり、Drへ報告。
侵襲ストレスによると考え、PPI若しくはH2-Iの投与を依頼した。
受け入れあり、ファモチジンが追加となった。”
- 332 胃潰瘍穿孔にて入院中の患者。手書き注射処方箋にて、6/18以前はフェジン2Aだったのが6/19よりフェジン1Aと変更になっていた。検査値に変動なくDrの転記ミスを疑い、疑義照会。
間違いが発覚した。”
- 333 上行結腸癌術後の患者。セツキシマブ・イリノテカン療法を外来にて施行している。
今回前投薬のオルガドロンが1Aの指示だったが、事前に提出されたレジメンによるとinfusion reaction予防のためオルガドロンは2Aであった。
レジメンから逸脱していることをDrへ報告。
2Aへ増量となり、セツキシマブによるinfusion reactionのリスクを回避した”
- 334 右自然気胸にて入院の患者。
退院時ケンタン(60)頓服の処方があるが、他院より腰痛に対してロルフェナミン細粒1日2回の持参薬があった。
胸部痛軽度であり、NSAID重複使用の必要性はないと判断。
主治医に疑義照会し、ケンタンは削除となった。
副作用発現riskを回避した。”

- 336 右鼠径ヘルニア嵌頓にて入院の患者。
退院時、腰痛訴えあり主治医より上記処方。
NSAID重複しており、その必要性について疑義紹会したところ、モービックは削除となった。副作用出現riskを回避した。”
- 337 出血性胃潰瘍にて入院の患者。尿中ピロリ(+)にてランサップによる除菌療法施行。
除菌療法終了後PPI、H2-Iの処方なく、再発のrisk考慮して主治医へPPIの追加提案する。
受け入れあり、上記のように追加となった。”
- 338 胃がん術後にてS-1+CDDP療法中の患者。
前回CDDP投与2日後嘔吐(+)、その後4~5日間の悪心(+)と患者より報告を受けた。
また、それに伴いBW3kg減量。副作用の重篤度分類としてgrade2と判断。
主治医に報告し、5-HT3拮抗薬の予防投与を提案し、受け入れあり。
ゾフランザイデス4mgの処方が追加となった。”
- 339 胃がん術後の患者。逆流性食道炎にてマックメット服用中。
ドレーン挿入部感染疑われクラビットの処方が追加となった。
AI製剤とニューキノロン薬同時服用で吸収低下する旨説明し、マックメットは食後2Hへ変更するよう主治医へ提案。
受け入れあり、変更となる。
ニューキノロンの吸収低下による治癒遅延のriskを回避した”
- 340 右鼠径ヘルニア嵌頓にて入院の患者。ヘルニア根治術施行。
術後内服再開となった時、他院処方持参薬のデパケンR(200)7T2×MA(M3T、A4T)のみ残薬があり、それ以外は当院より切り替えとなった。
退院日にデパケンR(200)の残薬がちょうどなくなり、処方が必要であったがオーダリングに歴がないため気付かず、切り替えとなったそれ以外の薬のみ処方されていた。
主治医へ残薬切れる旨報告し、追加処方依頼した。
抗てんかん薬というハイリスクな薬剤であり、処方漏れによるてんかん出現のrisk回避した。”
- 341 胆管がん術後の患者。癌性疼痛コントロールのためオピオイド服用中。
便秘(+)にて上記処方あり、疑義照会后酸化マグネシウム中止となった経緯あり。
今回再度併用のオーダーあり、主治医へ疑義照会。
前回処方をコピーしてオーダーしたための誤処方と発覚した。”
- 342 胆管がん術後再発の患者。今回FP療法(CDDP day1、5-FU day1~5)スタート。
開始翌日より嘔吐(+)、KT39°Cと上昇。感染症の可能性考え化学療法中止。
1週間後解熱し、状態落ちついたためday3から再開となった。
その際、前投薬の指示がなかったため、low riskではあるが先週の嘔吐を踏まえ上記前投薬の追加を提案する。主治医の受け入れあり、処方追加。
その後特に副作用症状認めず1クール終了、退院となった。
化学療法による副作用の出現リスクを回避した。”
- 343 S状結腸がん術後、転移性肝腫瘍の患者。BEV+FOLFOX4施行中。
CRP1.29、WBC10.200、尿蛋白(+)にて入院、化学療法中止となる。
精査の結果、既往のアナフィラクトイド紫斑病の憎悪によるみられた。
入院後、急激な腎機能低下あり。
癌性疼痛コントロールのためオピオイドの導入開始。
レスキューにオプソの指示であったが、このときBUN/CRE=44.2/7.22さらに悪化傾向であったため腎機能に影響の少ないオキシコドンへ変更を提案する。
受け入れあり、上記のように変更となった。
腎機能低下の助長、また副作用出現のriskを回避した”
- 344 他院でミカルデイス(20)1錠1×で服用していた患者。入院時、内服継続の指示で当院より処方切り替えとなったが、主治医がミカルデイス錠は当院で40mgの規格しか採用していないことに気づかずミカルデイス(40)1錠1×Mと処方され、ミカルデイス(40)0.5錠1×に処方変更となる経緯があった。
入院長期になり継続で内服薬剤が処方された際に修正前の処方のまま今回もオーダーされてしまったため、再度ミカルデイス(40)1錠1×Mの処方になっていたことが発覚。血圧も130台より100台へと低下しており主治医へ報告するとミカルデイス(40)0.5Tへと薬剤減量となる。
心不全にて入院の患者。入院時持参薬なかったが、以前から多科より数種類の薬剤処方あった。循環器科より処方の薬剤はすべて粉碎されていたが、その他の科の薬剤はヒート品での調剤であった。ヒート薬剤の中に剤形の大きいクレメジンカプセルも含まれていたため、患者と担当看護師に服用状況を聴取。錠剤は問題なく服用できており、逆に粉薬は何の薬かわかりにくく、飲みにくいと患者より訴えあり。その旨主治医に報告し、粉碎指示中止となる。服用嫌悪によるノンコンプライ
- 345 持参薬にて前院よりデパケンR(200)を服用していた患者。
持参された薬情には「1日交互に2Tor1T」という記載がされており、当院入院時に持参切り替えにて当院処方医より「デパケンR(200)朝2T夕1T 1日おき」との処方あり。
持参された薬情確認するも正しい用法用量わからなかったため前院の薬剤部に問うと、朝2T夕1Tということが発覚。(自宅では家族が薬を管理されているため、患者自身は用量を理解されていないかった。)その旨処方医に報告し、用量用法変更となる。”

- 347 狭心症にて入院の患者。当院外来にて処方された薬を持参しており、入院中も持参薬続行指示のもと服用されていた。入院中、ヘルベッサーR(100)Cpが1Cp1×より2Cp2×に増量指示あり。退院時入院時残薬の確認を行っている、ヘルベッサーCpのみ次回再診日まで薬が足りないことが発覚する。その旨主治医に報告し、不足分が処方となる。
- 348 PEG増設されている患者。前院よりリウマトレックス服用されており、入院時は簡易懸濁法にて服用していた。退院指導の際、家族に入院前の服用方法を確認すると、リウマトレックスカプセルを脱カプセルするという方法にて与薬していたとのこと。
抗がん作用にて被爆する危険性十分に説明した上で、簡易懸濁法の方法を指導した。
与薬時の家族による被爆の危険性を回避した。”
- 349 狭心症にて入院している患者。入院時持参薬続行の指示あり。他院よりオメラップ錠服用しており、白血球が5300から2700と減少し、被疑薬としてはオメラップ錠が挙げられた。その旨主治医に報告し、当院採用であるパリエット錠を提案。受け入れあり。
- 350 退院指導の際、他の薬剤はすべて42日分処方であるのに対して、ワーファリン錠のみ30日分であった。その旨処方医に確認すると誤処方であることが発覚。すべて42日分処方となる。誤処方によるノンコンプライアンスを事前に回避した。
- 351 上行結腸癌術後、化学療法施行中の患者。通常腎機能は正常であった。
敗血症性ショックにて入院。
入院時BUN/CRE=107.9/4.73と重度脱水ありメロペン0.5g/日で治療開始したが、2日後にはBUN/CRE=68.2/1.77まで回復。
メロペンの増量を提案し、受け入れあり。上記のように変更となる。
その後腎機能モニタリング行いながら、メロペン2g/日まで増量し計14日間投与した。
抗菌薬過少投与による治癒遅延のリスクを回避した。”
- 352 嚥下障害にて腸婁造設目的に入院。持参薬よりウブレチド、ガスモチン内服中であった。
OPE後経腸栄養開始したところ、下痢頻回(+)。
CHE=34まで低下しており、ウブレチドによるコリン作動性クリーゼ疑いウブレチド中止、さらにコリン作動性のガスモチンの中止を依頼した。
主治医は経腸栄養による副作用と診断していたが、受け入れあり両剤が中止となった。”
- 353 膵がん、肝metastaticにて入院中の患者。
NPO点滴加療中、侵襲ストレスによる出血予防としてファモチジン注投与していたが、状態安定し内服再開となる。
持参薬にタガメットが入っていたためH2-Iの重複投与となっており、主治医に報告。
タガメットは一旦中止となった。”
- 354 僧帽弁閉鎖不全症にて精査目的に入院の患者。薬識薄く入院時よりアドヒアランス不安な状態であった。入院中ワーファリン化行ったが退院時はコンプライアンス不安なためバイアスピリンへ変更の方針であった。
退院時アスピリンの処方なく、主治医不在のため循環器内科医師へ相談。主治医確認の下、処方追加依頼した。”
- 355 急性胆のう炎にて緊急入院の患者。当院で透析を週4回行っていた。
内服薬は持参なく、外科医より再処方となったがその際カルタンとフォリアミンは中止となっていた。
P=4.7、HgB=6.9
入院14日目のラボでP=5.7に上昇。カルタンの再開可否について主治医に相談し、受け入れあり。
カルタン、同時にフォリアミンの再開となった。
高P血症の重症化を未然回避した”
- 356 ASOの患者、下肢残存病変のPTA目的に入院。
他院よりワーファリン1.5mg/日で処方されていた(PT-INR=2.95)が、入院より一旦中止、PTA施行後はNs管理で1.5mg/日服用されていた。
退院時、持参薬の残あり当院よりの処方はなかった。Nsよりワーファリンのみ患者へ返還。
退院指導時、カルテ上では次回受診時まで1mg/日で服用と指示変更となっていたが患者へ伝わっていないことが発覚。改めて指導し過量投与による出血リスク回避した。”
- 357 上記TPN処方あったが、アミノ酸含まれておらず主治医問い合わせ。
ネオパレン2号から変更する際、3号液の採用がない思っていたための誤処方と発覚。
アミノ酸、ビタミンの含まれたフルカリック3号へ変更となった。”
- 358 PEG造設目的で入院の患者。
リウマチにて持参薬中にメソトレキセートあり。
PEG造設後持参薬再開となった際、メソトレキセートは抗がん作用のため脱カプセルではなく、手袋着用のもと簡易懸濁にて投与するようNsに指導。
スタッフの被爆の可能性を回避した。”
- 359 胃がん術後、噴門部狭窄のため食道ステント留置目的に入院の患者。
入院当初食事摂取困難で、内服も必要最小限に変更したためワンアルファは中止となっていた。退院時(入院15日間)メバロチンとワンアルファは再開なく主治医も必要ないと判断だったが、血清Ca=7.9と低下認めていた。
主治医へステロイドの副作用とワンアルファの必要性について話し再度検討依頼。

- 受け入れありワンアルファ再開となった。”
- 360 心不全にて入院の患者。
外来時は内服薬全て一包化にて自己管理、コンプライアンスも良好であった。
退院時処方ヒートのまま処方であったため、主治医確認し一包化の指示依頼した。
ヒート調剤によるコンプライアンス低下のリスク回避した。”
- 361 陳旧性心筋梗塞ステント留置後、9か月resutdy目的にて入院の患者。
今回再狭窄(+)にてバルーン拡張施行。
患者は内服薬のコンプライアンスは良好だが、喫煙(+)食事療法(-)と狭窄リスク高く今回ゼチーア追加となっていた。
退院時14日分処方あるが、再診まで日数不足。
患者へ確認すると自宅に残薬あるとのことで追加薬のゼチーアのみ処方依頼。
処方もれ回避した。”
- 362 脳出血にて入院中の患者。高齢ということもあり手術はしない方向でラジストミン静脈内にて血圧のコントロール。しかし、血圧のコントロール不良のため頻回の投与(5回/週)。投与のたびに穿刺部発赤あり、ルート再確保(左上肢→左下肢)、投与部位にクリノールにて処置。そこで投与継続の可能性も考慮し、内服薬追加での血圧コントロールを提案。受け入れあり。セパミイト細粒の処方となる。その後、ラジストミンの投与回数は減少し、以後静脈炎は生じていない。ラジストミンの静脈内投与による、静脈炎を未然に防いだ。
交通外傷による脳挫傷にて入院加療中の患者。顔面麻痺に対し、プレドニゾン(PLS)投与開始。
363 投与開始後、徐々に軽減。PLSの継続意義について主治医へ疑義。顔面麻痺の改善はPLSの効果は考えにくいとして、継続投与の意義は薄いと見做し、離脱症状モニタリングを強化した上で減量・中止の方向となった。PLSの漫然とした投与および副作用発現の可能性を未然に回避した。
PEG(経皮内視鏡的胃瘻(いろう)造設術)増設目的にて入院の患者。持参薬中にメトトレキサートあり。
364 PEG再開後、メトトレキサートは、脱カプセルではなく、手袋着用の下、簡易懸濁にて投与するように看護師に指導。スタッフの被爆の可能性を回避した。
倦怠感、無力症、眼瞼下垂、口渇等の副作用はについてはマグセント使用時に説明を事前にして
いたが、呂律が回らないなどの日常生活に支障が出現。26週というリスクはあったが主治医にマグ
365 セントの減量を依頼。子宮収縮時は再度増量も踏まえて減量となった。減量後口渇以外の副作用は改善。呂律が回らないということで脳障害も疑われたがマグセント減量にて回復したので脳障害は否定された。現在、子宮収縮増強、ビショップスコアの進行もなく妊娠継続中。
- 366 呼吸困難強、症状緩和のためパシーフ(30)1CA分1で服用中の非小細胞がんの患者。パシーフ服用後、呼吸困難は改善されたが便秘がひどく、パシーフ投与前、
2T分2で服用していたマグラックス(250)を6T分2に増量したが、まだ便秘が改善しないと担当看護師より相談を受ける。出始めがころころとかたい便であり、腸のグル音は
正常にきこえると情報有り。薬剤師は腎機能が基準値であることからマグラックス(250)を9T分3まで増量してみることを医師、看護師に相談し、変更となる。
3日後、ご本人とも面談の際に排便は毎日有り、硬さもちょうど良い便であることを確認する。”
- 367 外来でラシックス20mg内服開始となっていた多発性のう胞の患者。(当時尿酸値6.7)。病棟薬剤師は、入院直後の薬剤管理指導の際、採血結果を確認したところ尿酸値9.8に
上昇していることに気付いた。浮腫があるためラシックスの継続は必要であると判断し、ザイロリックの開始を医師に提案した。医師と協議の結果、腎機能低下しており推定
CLcr≒30であることからザイロリック100mg分の1の内服開始指示となり尿酸値は改善した。”
- 368 NSCLC(adeno p T1N2MO stageⅢA)の患者。術後補助化学療法としてCDDP+VNR療法を施行。
day1にデカドロン16mg、day2.3にデカドロン8mgを投与している。
病棟薬剤師は患者面談時にday2の朝より吃逆出現していることを把握した。遅発性嘔吐の予防もかねてプリンペランの投与をすすめ、服用開始となるが、
服用後は吃逆が落ち着くものの効果が持続しなかった。そのため再度医師と協議を行い、コントミン、リボトリールを提案したところリボトリールの選択となる。
リボトリール服用開始後吃逆が始まっていることを確認した。”
- 369 発作性上室性頻拍に対しリスモダンR投与中の患者。金曜の準夜帯に緊急入院。低血糖、意識障害が続くが、原因が特定されていなかった。週明け、看護師より病棟薬剤師へ
リスモダンで低血糖の副作用はないかと問い合わせがあり、病棟薬剤師は状況を把握。リスモダン自体に低血糖の副作用はあるが、投与量の変更なく長時間。
副作用の出現なく経過していることから併用薬の確認を行った。そこで入院の2日前よりランサップが服用開始となっていることを確認する。医中誌、Drug Dexより、CYPの
影響によるクラリスとリスモダンの相互作用(リスモダンの血中濃度上昇、副作用の増強)が報告されており、医師に報告。報告後、医師は低血糖の原因を特定できて
いなかったが、この報告によりすぐに患者の退院が決定した。既にランサップ服用中止されており、HDも回っていたためジソピラミド血中濃度の確認はできなかったが、
入院期間の短縮に寄与できたと考えられる。”
- 370 2型糖尿病で食事療法にて血糖コントロール目的で入院した患者。病棟薬剤師は、持参薬確認時にエフビーとパキシル、ジェイゾロフトを併用していることを把握した。

- それぞれ別の病院で処方され、別々の調剤薬局で調剤されていることがお薬手帳よりわかった。病棟薬剤師が担当医師に併用禁忌であることを伝えた。
- 担当医師が神経内科の医師にコンサルトし、パキシルは3錠から減量して現在の1錠になっていることからその日より服用中止となった。2日経過観察し、嘔気、不眠、知覚障害などの離脱症状が見られなかったため、ジェゾロフトも中止。その後、不穏、不眠などの訴えなく経過良好。血糖コントロールも良好となったため退院した。”
- 371 ラニラピッド0.5錠で内服している患者に1錠の処方が出された。倍量の指示が無かったので、医師に確認したところ0.5錠の間違いであった。
- 372 薬を配薬した際、内服薬の数が多く、コンプライアンスが悪い患者の医師に相談し、剤数を減らした。
- 373 タケブロンOD2錠の処方が1錠で処方されており、医師に指摘して2錠に変わる。
- 374 ロキソプロフェン服用患者が「動悸症状あり」医師に報告し、薬が変更となる。
- 375 中止中のバファリンが処方されており、医師に確認したところ処方の間違いであった。
- 376 悪性リンパ腫の患者で、イレッサ内服中に味覚障害あり、タケブロンを併用しておりイレッサとの相互作用があることを指摘し、亜鉛製剤のプロマックに変更となる。
- 377 膵がんの患者が化学療法を開始するに当たり、カルテの身長・体重で投与量を計算されていた。患者は入院後に絶食機能が長く、体重減少(-10kg)となっていたことを医師に情報提供し、減量と麻薬の患者が便秘で浣腸とセンソサイドを服用していたが、カマを医師に提案し、浣腸しなくても排便が良くなった。
- 378 肝機能障害でウルソが長期処方されていた患者に、肝機能が改善したため、処方中止を提案し、中止となった。
- 379 抗がん剤のTS-1を20mg 4cap/2×1のところ 25mg 4cap/2×1で処方が出ていた。医師に確認し、20mgの誤りであった。
- 380 病棟詰所に保管されているPt用薬剤(持参又は配薬カートに収納不可な形態な薬剤)をPt別、薬剤別に積載可能なコンテナボックスを用いて保管することを提案、実施。それまで分散して置かれていた為、取り違い、投与間違いの危険性があったが、これを防止出来ている。
- 381 Pt持参薬や頓用薬(病棟詰所管理分)の残数を把握することで重複投与防止。併せて病棟内保管薬の一覧表を作成し、所在が常に分かる様にし、ENT。離棟時の渡し忘れを防止。
- 382 病棟内に常駐することでタイムリーなDI及び服薬指導が可能
- 383 療養病棟(経管投与が多い病棟)において、粉碎して投与していた薬剤を、同効薬で簡易懸濁可能な薬剤に変更することにより、調剤業務時間及び投与業務時間の短縮を行った。
- 384 また、粉碎せずに錠剤のまま投与直前まで保管できるので、薬剤の中止変更に伴う薬剤廃棄の割合が減った。”
- 385 ウブレド(5)2T/日で内服中の患者において、内服開始後にChEの顕著な低下見られ、喀痰量多く、レベル低下もあったことからコリン作動性クリーゼの副作用を疑い、主治医に報告。ウブレド中止の上、経過観察となる。中止後ChEは改善。”
- 386 オピオイド使用中の患者でデュロテップパッチ、オキシコンチンなど使用するも疼痛コントロールができなく入院。主治医と相談の上、パシーフカプセル150mg/日へオピオイドローテーション。以後疼痛コントロールは良好となる。”
- 387 持参薬でノルバスク錠(5)服用していたが、入院中にアテレック錠(5)の処方あり。Ca拮抗薬が重複するので主治医に確認。他にも降圧薬内服しているため、アテレック錠中止となる。”
- 388 持参薬の確認時に、ジェゾロフト(25)の記載のところにジェゾロフト(50)の薬剤が入っており、外来の調剤薬局に確認。調剤時に間違っていることがわかり、内服前に交換してもらった。”
- 389 化学療法後の患者で、薬剤管理指導面談時に口内炎が痛くて食事ができないとの訴えあり。主治医に報告してアズノールキシロカイン含嗽液を処方してもらい、食事前に使用してもらうことで食事摂取時の苦痛軽減。”
- 390 バルプロ酸1200mg/日で服用中の患者で、てんかん症状が出たとのことでTDM解析。血中濃度が有効域を下回っており、用量と併用薬を変更してもらった。”
- 391 ハンコマイシン注とバクタ併用にてK値とCr値上昇。主治医相談の上、バクタ中止となり、K値、Cr値ともに改善。抗菌薬に関してはTDMを行い、IGTとも相談の上、ハンコマイシン0.5g1×から1g1×に変更。”
- 392 イレウス疑いの患者で、腹痛時の注射の指示でブスコパン注あり。薬剤管理指導の初回面談時に、内服以外にベッドサイドに緑内障の点眼薬を発見。ブスコパン注が緑内障に禁忌であるため、主治医報告し、腹痛時指示を変更してもらう。”
- 393 7/24~ワーファリン3mgから2mgに減量になっていた患者で、7/27の検査データでINR5.09であるにもかかわらず、7/28~内服処方ワーファリン3mgの処方あり。主治医確認後、ワーファリン一旦中止となる。”
- 394 パス病棟は全ての薬がパスで決まっているが、オペ前の服薬指導においてパスで使用される薬剤に対してアレルギーがあることが判明。薬剤変更を医師に申し出たケースが数件発生した。
- 395 パキシル服用中の患者にエフピー処方があった。病棟薬剤師が気づき、エフピーが中止となった。

病棟常駐薬剤師の有用事例(一部抜粋)

- 396 授乳中の患者にロキソニンの処方があった。授乳中であることを報告し、カロナールへ変更となっ
- 397 パーキンソン病の患者に服用方法が煩雑なため用法をまとめた表を作成し、手渡していた。のちに表を参照して服用していたため処方ミスにも患者が気付いた。
- 398 カルテに手書きで病棟で用法を変更されている患者がおり、オーダー画面上の用法と異なっている患者で一包化希望があった。そのままとオーダー画面上の用法で一包化されてしまうため、病棟薬剤師が医師に連絡してカルテとオーダー画面の処方内容を一致させた。
- 399 持参薬でメバロチン(5) 1T 1×を入院後メバロチン(10) 1T 1×で処方されていたため、0.5T 1×に変更依頼した。
- 400 マグミット(330) 6T 3×朝昼夕食後の患者にクラビット(100) 3T 1×朝で処方あり→マグミット(330) 6T 3×昼・夕・寝る前に変更。

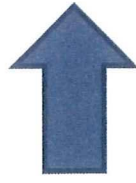
資料3 病棟常駐薬剤師有用事例のテキストマイニング結果

解析1 病棟常駐薬剤師有用事例のテキストマイニング結果

動詞と助詞の関係にもとづく記述集計

着目点

- 次のような文は成立する
 - 「△△を中止する」
 - 「☆☆と異なる」
- 一方で、次のような文は成立しづらい
 - 「○○へ中止する」
 - 「□□を異なる」



助詞と動詞の間の関係に注目
して記述の整理を試みる