

第2回 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会 議事次第

平成21年6月22日(月)
17:00~19:00
厚生労働省共用第8会議室(6階)

議題

- 1 内服薬処方せんの記載方法の在り方について
- 2 その他

配付資料

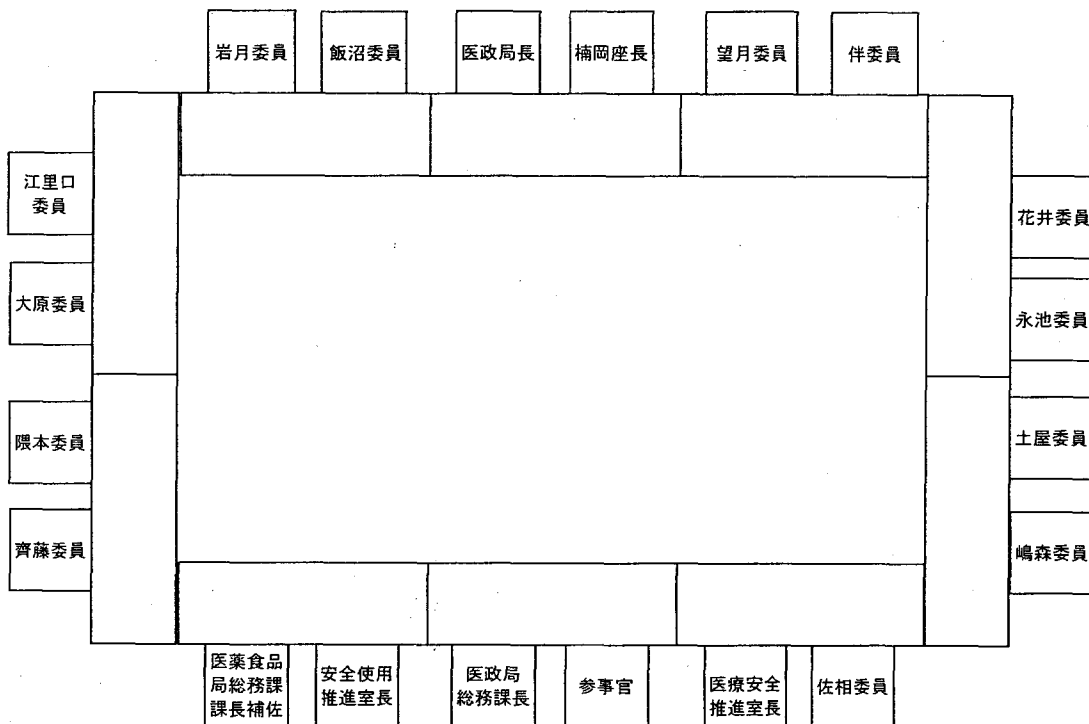
- | | |
|-------|-------------------|
| 資料1 | 第1回検討会の主なご意見 |
| 資料2 | 処方せんに関する法令の規定について |
| 資料3-1 | 隈本委員提出資料 |
| 資料3-2 | 岩月委員提出資料 |
| 資料3-3 | 嶋森委員提出資料 |

第2回 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会

日時 平成21年6月22日(月)
17:00～19:00

場所 合同庁舎第5号館 6階
共用第8会議室

速記



事務局

傍聴者席

入

口

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会

○ 座長 五十音順

- | | |
|---------|---|
| 飯沼 雅朗 | 日本医師会常任理事 |
| 岩月 進 | 日本薬剤師会常務理事 |
| 江里口 彰 | 日本歯科医師会常務理事 |
| 大原 信 | 筑波大学附属病院医療情報部長 |
| ○ 楠岡 英雄 | 国立病院機構大阪医療センター院長 |
| 隈本 邦彦 | 江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授 |
| 齊藤 壽一 | 社会保険中央総合病院名誉院長 |
| 佐相 邦英 | 電力中央研究所社会経済研究所
ヒューマンファクター研究センター上席研究員 |
| 嶋森 好子 | 慶応義塾大学看護医療学部教授 |
| 土屋 文人 | 日本病院薬剤師会常務理事 |
| 永池 京子 | 日本看護協会常任理事 |
| 花井 十伍 | 特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権理事 |
| 伴 信太郎 | 名古屋大学医学部附属病院総合診療部 教授 |
| 森山 寛 | 東京慈恵会医科大学附属病院長 |
| 望月 正隆 | 東京理科大学薬学部薬学科教授 |

第1回検討会の主なご意見

1. 処方せんの記載方法について

- 患者の立場からは、内服薬は1回の内服量がわかる形で標準化されるのが望ましい。最終的に、1日何回服用するのかが、多少手間が増えても間違わない記述で書かれている標準型ができればいいのではないか。
- 1回量記載に決めて、それに向かってみんなで行きましょうということは、国民の多くにも理解してもらえるのではないか。そのための費用をどうするか、移行期間をどうしていいかということは、それぞれの医療機関に考えていただくべきである。
- 現場に混乱をもたらさないことがこの検討会の重要な使命だとは思いますが、最終的なゴールは間違ったことを書こうとしても書き込めないような処方せん作りを目指すべき。
- 医療現場では、注射や点滴のオーダーは1回量で出しているので、内服薬も1回量のほうが妥当。
- 在宅では患者の状態によって内服量を変えているケースもある。そういうときに、1回量が明示されていると、調整を間違えにくい。薬の使い方が変わってきて広がっていることを前提にして検討できればよい。
- 新卒の医師や薬剤師、歯科医師たちには新しいシステムを採用し、現役世代には個人の判断に任せれば、移行期間や切り替え期限の設定をしなくとも時間とともに変わってくるのではないか。

- 内服薬処方せんの記載方法を1日量にするか1回量にするかという、最終的な結論はともかくとして、医薬品の名前を正確に書くこと、内服時間帯を正確に、患者さんも含めて理解ができるようにすることについては、現行の記載の仕方でも難しくないということなので、是非検討していただきたい。
- 処方された薬を投与する看護師としては、「3×」「×3」というのは全くわからない。この際、日本語で「3回に分けて」とか「1日3回」と書くことを標準にしていくことが、事故防止、安全の意味では重要である。
- 食後という処方は日本にしかない。間違わないということを考えるのであれば、処方の仕方も国際標準に合わせていくべきではないか。

2. 医療情報システム（オーダリングシステム）について

- 医薬品の名称は、現在のシステムでもマスターをきちんと統一することで、大きな改変なくできる。
- 用法を「3回」と書くのか「分3」と書くのか「×3」と書くのかは、システム化されている医療機関では現在のシステムで吸収できる範囲だ。調査した限りでは、この部分には標準マスターはない。
- 現状で少しずつでも直せるところから直すということであれば、医薬品名称をきちんと統一して規格を入れること、用法の標準マスターを整備してそれをコード化する、この2点を行えば、かなり改善することは間違いない。それは現在のシステムを使いながら直せるのではないか。
- 1日量なのか1回量なのかは、薬剤部門システムとの関連や院外に出す院外処方せんの問題、医事レセプトへの連動の問題があるので、おそらく大改造になる。システムベンダーは、レセプトを基準とした医事会計システムから発展して1日量のオーダリングとなっていると主張している。技術的には、マスターを1回量にすると決めれば対応は可能である。
- どの病院もシステム更新の5年間のスパンで見ないと、実現は厳しいというのが現状。どうしてもお金がかかるので、対応方針はぶれずに、期限を決めて、粛々と進めるしかないのではないか。
- ベンダーは独自のプログラムを病院に売り込む。ベンダーのプログラムの開発も統一性を持たせるように押さえておかないと、なかなかうまくいかない。

3. 教育について

- 今後、医師、薬剤師、看護師等の医療職に携わる方たちへの教育の問題がある。
- 学生に教えるべき処方せんの記載方法の標準型がない。年齢や姓名の記載という、基本的なことだけはああるが、それ以上に実際の薬剤についての処方せんの書き方の取り決めがないので、教えることができないというのが医学部の実態。薬剤師も教わる内容が定まっていない。
- 薬学教育の立場からは、今年の3月で4年制の薬剤師国家試験は終わり、次は3年後の平成24年3月なので、この1年くらいで、内服薬処方せんの記載方法を変えることについて方針を決めるのは、非常にいいタイミングである。新しい薬剤師は新しい記載方法を習ってくれば、それでやることになる。

4. 処方に関する通知等について

- 検討会で最終的な案ができ、医療安全上はこれでないといふことになるならば、単に医療安全だけの問題ではなく、処方せん記載に関連する通知等の変更についても、期待している。
- 医療保険における処方せんの様式は、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）で決まっている。ただし、ここでは処方単に「処方」という欄に医師法施行規則で書かれたことを書きなさいというフリースタイルになっているのが現状である。
- 薬の請求は1日量で動いている。いままでは入院の食事は1日単位だったのだが、前回の診療報酬の改定から1回食で、朝食だけ食べれば昼食、夕食は請求しない形になった。薬の場合も請求上、何日分かがすべての発想の原点になっているから、その辺は文言を見直すといった作業が必要ではないか。
- 現在の療養担当規則では、原則として薬価基準に記載されている名称を書くことになっているので、製剤量を書くことになっている。また、いつ飲むのかも書きなさいと書いてあり、どれだけの日数を投薬しなさいということも書いてあるので、それらの記載については、現状でも十分できている。

5. 過渡期の対応について

- どのような標準案になるかは別として、現行のものの過渡期のようなものも、書くべきことと、もしそれが書かれていないときはどう解釈するか、要するに書かれていない場合はこういう解釈になるから、それ以外だったら書かなければいけないという形のルール化をしていけば、仮に手書きの場合も十分対応できてくるのではないか。全部を書かなければいけないことにすると、それが抜けてしまうと、つい面倒くさくて等閑になるということも出てくる可能性もあるので、その点も考えなければいけないところではないか。
- 1 回量しか書けないような処方せんにしてしまうことを検討会で決めて、その移行期間の対応は医療機関で決めていただければよい。
- 新卒の医師や薬剤師、歯科医師たちは、1 回量を 1 日量に換算するようなことを上手にやるが、それではやりにくいという考え方があるかもしれないから、現行の記載でも、新しい記載ルールでも許容されるようなものを考えるべき。
- 過渡期の混乱を考えて徐々に変えるという方法は新たな混乱を生じるおそれが非常に高い。すぐに 1 回量記載にできないとしても、1 日量としての処方か 1 回量としての処方かを推測しなくて済む方法を、できるだけ間違わないような処方せん記載をすぐに始めるべき。

- システムで吸収できるところはかなりたくさんあると思うが、システムに任せてしまうと、根本が
あやふやになってしまう可能性もあるので、まずは基本をどこに置くかということを決めるべき。
過渡的なところでは、どうしてもシステムを全面改造するのは大変だから、ある程度システムで吸
収できるところはやっていくというのが一つの落ち着いたところではないか。
- 移行期にどのような情報を提供するのかといった点では、ある程度のモデル的な移 行期の対応の
仕方を検討していただきたい。
- 大学病院のような大きな施設において、なおかつ医療安全対策がかなりしっかりしていて、役割機
能を明確に持って組織が動いているような病院だけではなく、そうではない病院、病院長が医療安
全管理者になっている、あるいはクリニック等にも適切に対応できるような進め方を提示してい
ていただきたい。
- 地域場で長い間やっていた診療所での薬の出し方が、それぞれの医療担当者に染み付いているの
で、慎重かつ合理的に進めていくべき。
- ある時点から全部ではなくて、新卒者から徐々にリーズナブルな道を歩んでいくような並立法式が、
最も現実的で知恵のある方法かなという気はするが、それにしても法律等のルール上の制約がある
と、薬剤師にしても医師にしても皆動きがつかなくなる。
- 医療従事者と医療を受ける側との温度差があるかもしれないが、それほど急にものを変えるリスク
を取るところまでには至っていないのではないかと。

その他

- 何らかのマーク等により、処方せんの記載方法の新ルールに則って記載しているとわかる仕組みを考えてはどうか。
- 医薬品の添付文書の中にも使用法が書かれているが、これも1回量で書いたり1日量で書いたり、まちまちの書き方がされているので、処方のやり方が決まれば、それに合わせて添付文書等も検討いただく必要が出てくるのではないかな。
- 散剤という剤形は海外には基本的になく、日本に独特な剤形なので、散剤の書き方についての話は日本独特の問題である。
- 水薬や散薬には、賦型といって、量が少なくなるときにシロップや乳糖を足すことがある。中身と外側の量とが違っていることが間違いの原因になっているが、この賦型ということを看護師はよく理解していなかった。
- 賦型が行われた結果として処方内容と調剤内容に齟齬が生じることとなり、入院患者に対し医師の処方と薬剤師の調剤と2系統の指示が行われることによる病棟での投与量の間違いが全国で起きた。賦型は薬剤師の常識であっても、これは医療チームとしての常識には必ずしもなっていなかった。

処方せんに関する法令の規定について

【医師法・歯科医師法】

医師法（昭和23年7月30日法律第201号）

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

第22条 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。

- 一 暗示的效果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合
- 二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合
- 三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合
- 四 診断又は治療方法の決定していない場合
- 五 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合
- 六 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合
- 七 覚せい剤を投与する場合
- 八 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において薬剤を投与する場合

歯科医師法（昭和23年7月30日法律第202号）

第20条 歯科医師は、自ら診察しないで治療をし、又は診断書若しくは処方せんを交付してはならない。

第21条 歯科医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、その限りでない。

- 一 暗示的效果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合
- 二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合

- 三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合
- 四 診断又は治療方法の決定していない場合
- 五 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合
- 六 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合
- 七 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において、薬剤を投与する場合

医師法施行規則（昭和23年10月27日厚生省令第47号）

第21条 医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

歯科医師法施行規則（昭和23年10月27日厚生省令第48号）

第20条 歯科医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

【薬剤師法】

薬剤師法（昭和35年8月10日法律第146号）

（処方せんによる調剤）

第23条 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

（処方せん中の疑義）

第24条 薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによつて調剤してはならない。

【健康保険法（医療保険制度）】

健康保険法施行規則（大正15年7月1日内務省令第36号）

（処方せんの提出）

第54条 法第63条第3項各号に掲げる薬局（以下「保険薬局等」という。）から薬剤の支給を受けようとする者は、保険医療機関等において、診療に従事する保険医又は医師若しくは歯科医師が交付した処方せんを当該保険薬局等に提出しなければならない。ただし、当該保険薬局等から被保険者証の提出を求められたときは、当該処方せん及び被保険者証を（被保険者が法第74条第1項第2号又は第3号の規定の適用を受けるときは、高齢受給者証を添えて）提出しなければならない。

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年4月30日厚生省令第15号）

（処方せんの交付）

第23条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号																保険者番号																
公費負担医療の受給者番号																被保険者証・被保険者手帳の記号・番号																

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称		
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号		
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名			
交付年月日		平成 年 月 日			処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方							
----	--	--	--	--	--	--	--

備考							
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名						

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号													
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号													

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方箋の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年4月30日厚生省令第16号）

（調剤の一般的方針）

第8条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方せんに基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」

（昭和51年8月7日保険発第51号保険局医療課長、保険局歯科医療管理官通知））

別紙1 診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（24） 「投薬」欄について

ア 入院分について

（ア） 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

（イ） 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

（中略）なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

2 調剤報酬明細書に関する事項

（21） 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）及び一包化薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬及び湯薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。

（後略）

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬及び一包化薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。（後略）

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び一包化薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、湯薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

別紙2

診療録等の記載上の注意事項

第5 処方せんの記載上の注意事項

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(1) 医薬品名は、原則として薬価基準に記載されている名称を記載することとするが、一般名による記載でも差し支えないこと。

なお、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。

(3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。

○診療報酬明細書
(医科入院)

都道府 医療機関コード
県番号

平成 年 月 分

1 医 科	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単 独 2 2 併 3 3 併	1 本 入 3 六 入 5 家 入	7 高入一 9 高入7
-------------	----------------	----------------	-------------------------	-------------------------	----------------

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

区分	精神	結核	療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2次 3昭 4平 生			
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

保険医
療機関
の所在
地及び
名 称

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	年 月 日	転 治	死亡	中止	診療実日数	保険公費① 公費②	日
-----	-----	-----	-----	-------	-------	-----	----	----	-------	--------------	---

11	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費負担点数
13	医学管理				
14	在 宅				
20	投 薬	21 内 服 22 屯 服 23 外 用 24 調 剤 26 麻 毒 27 調 基	単位 単位 単位 日 日		
30	注 射	31 皮 下 筋 肉 内 32 静 脈 内 33 そ の 他	回 回 回		
40	処 置	薬 剤	回		
50	手 術 麻 酔	薬 剤	回		
60	検 査 理	薬 剤	回		
70	画 診 像 断	薬 剤	回		
80	そ の 他	薬 剤			
90	入 院	入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他	点		

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
97 基準 食事・生活	円× 回 円× 日 円× 日	※公費負担点数	点
	基準(生) 特別(生) 減・免・猶・I・II・3月超	円× 回 円× 回	

療養の給付	請求点	※決 定 点	負担金額 円	保 険 費 ① 公 費 ②	請求 円	※決 定 円	(標準負担額) 円
	点	※ 点	減額 割(円)免除・支払猶予 円	円	円	円	円
	点	※ 点	円	円	円	円	円

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

平成 年 月 分

1	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	10 9 8
			7 ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名		特記事項	
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生			
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	保険公費①公費②	日
	(2)		(2) 年 月 日							日
	(3)		(3) 年 月 日							日

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
12 再診		x	回	
再診	外来管理加算	x	回	
診	時間外	x	回	
深	休日	x	回	
夜	深夜	x	回	
13 医学管理				
14 往診		回		
夜間		回		
深夜・緊急		回		
在宅患者訪問診療		回		
在宅患者訪問診療				
在宅患者訪問診療				
20 投薬	21 内服薬調剤	x	単位	回
	22 屯服薬調剤		単位	回
	23 外用薬調剤	x	単位	回
	25 処方薬	x	回	回
	26 麻薬		回	回
	27 調剤			
30 注射	31 皮下筋肉内	回		
	32 静脈内	回		
	33 その他	回		
40 処置		回		
50 手術		回		
60 検査		回		
70 画像診断		回		
80 その他	処方せん	回		

療養費の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
				減額割(円)免除・支払猶予	円
	点	※	点		円
	点	※	点	円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

○ 調劑報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

平成 年 月分

[illegible]

氏名		特記事項	保険薬局の所在地及び名称
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生			
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		
所在 地及 療機 関名 の称		保 險 医 氏 名	1 6 2 7 3 8 4 9 5 10
			受付回数 保険費①公費② 回 回 回

[illegible]

摘要							※高 額 療養費	円
							※公費負 担点数	点
							※公費負 担点数	点
保 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬 学 管 理 料 点		
			減額 割(円) 免除・支払猶予					
公費①	点	※ 点	円	点	点	点		
公費②	点	※ 点	円	点	点	点		

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

【記載例 1】

参 考

診療報酬明細書 平成 20年10月分 県番： (医科入院)

医二：

1 医科 1 社保 1 単独 1 本入

公費①		公費①	
公費②		公費②	

保険者番号		給付割合	
記 号	番 号		

区分	特記事項
氏 名	1 男 3 昭
職務上の事由	

保険区：
療養機関
の所在
地及び
名称 診療科 (11 整形外科)

傷病名	① 右前十字韧带損傷 ② 右内側半月板損傷 ③ 不眠症	入院開始日	① 平20年 9月22日 ② 平20年10月 3日 ③ 平20年10月16日	退院日		診療日数	17 日
-----	-----------------------------------	-------	--	-----	--	------	------

① 処 置	回数	点数	公費分点数①	公費分点数②	13 01	医療機器安全管理料 (生命維持管理装置使用)		
① 監学管理		355			02	肺血栓塞栓症予防管理料	50 × 1	
① 注 射					21 01	レントルミンD錠 0.25mg	1錠	3 × 12
② ④ 内服	25 単	127			02	ロキソニン錠 60mg	3錠	7 × 13
② ④ 外用	3 単	123			23 01	ボルタレンサボ50mg	1個	8 × 2
③ ④ 注射	14 日	98			02	ボルタレンサボ50mg	14個	107 × 1
③ ④ 麻薬	12 日	12			24 01	調剤料 (入院)	7 × 14	
③ ④ 調剤		42			26 01	調剤料 (麻・向・覚・毒) (入院)	1 × 12	
③ ④ その他					27 01	調剤 (入院)	42 × 1	
③ ④ 皮下筋肉内	2 回	24			31 01	ソセゴン注射液15mg	1管	8 × 1
③ ④ 筋肉内	回				02	ソセゴン注射液15mg	2管	16 × 1
③ ④ その他	4 回	787			*** (続く) ***			
③ ④ 薬剤料減点					※高額療養費			
③ ④ 処 置	3 回	305			※公① 点			
③ ④ 手術	1 回	18700			円 ※公② 点			
③ ④ 手術	2 回	49043						
③ ④ 検診・病理	6 回	365						
③ ④ 画像診断	2 回	446						
③ ④ その他		2200						
③ ④ 入院年月日	20 年 10 月 15 日							
③ ④ 入院基本料	17 日	34877						
③ ④ 特定入院料								
③ ④ その他								

保 険 者 別	請 求	決 定	負担金額	食 事 保 険	請 求	決 定	負担金額
①	107,504 点	107,504 点	88,180 円	①	46 回	30,240 円	11,960 円
②				②	回	円	円

【記載例 2】

様式第五

○ 調剤報酬明細書

平成 20 年 5 月 分

都道府 薬局コード
県番号

4 調 剤	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	8 高 外 0 高 外 7
-------------	----------------	----------------	-------------------------	-------------------------	------------------

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	1098 7 ()
-------	--	------	---------------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏 名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生
職務上の事由	1 職務上 2 下船後 3 月以内 3 通勤災害

特記事項
保険薬局の所在地及び名称

保険所在地及び機関名の併記	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	保険医氏名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	受付回数	保険費① 公費②	回
---------------	----------------------	-------	----------------------	------	-------------	---

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤料	薬剤料	加算料	公費分点数
	5-18	5-18	「内服」ウラリット錠 6T 分3、毎食後	8	14	63	112	88	
	5-18	5-18	「内服」フルイラン錠 2T 分3、朝昼食後	2	14	63	28	88	
	5-18	5-18	「内服」レンドルミン錠 3T 1回1錠 不眠時	10	1	21	10	29 8	

摘要	H.20.5.18 休日調剤	※高 額 放 費	円
		※公費負担点数	点
		※公費負担点数	点

請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	調剤基本料	点	時間外等加算	点	薬 学 管 理 料	点
公費①	点	※	点	円	点	点	点	点	点
公費②	点	※	点	円	点	点	点	点	点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

6月22日 検討会資料

江戸川大学メディアコミュニケーション学部
北海道大学科学技術コミュニケーター養成ユニット
隈本邦彦

1

発表内容

- 1) 処方せんの記載方法の問題が
 どれほど事故につながっているか
- 2) 医療事故防止に向けての考え方
- 3) 抜本的・システムの対応の必要性

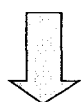
2

医療事故報告でわかるのは

2004年10月から

全国の約270病院でスタート

(国立病院, 大学病院, 特定機能病院など)



しかし

病院数では全国の約3%

あくまで自発的な報告制度

3

医療事故報告制度

・ 04年 (10月～)	2 2 4 件
・ 05年	1 1 1 4 件
・ 06年	1 2 9 6 件
・ 07年	1 2 6 6 件
・ 08年	1 4 4 0 件
計	5 3 4 0 件
・ ・ ・ 1 病院あたり	年間4.6件

4

去年の報告件数別病院数

0 件	69	9 件	5
1 件	29	10 件	4
2 件	29	11～20件	25
3 件	23	21～30件	5
4 件	17	31～40件	2
5 件	22	41～50件	0
6 件	13	51件～	3
7 件	18		
8 件	8		

5

自発的報告制度だけでは

- 仮に報告義務が果たされなかったとしても、その事実を知る方法がない
- 比較的単純な、わかりやすい事故ばかりが報告される傾向がある
- つまり・・・
- 我々は、事故がどれくらい起きているかその実態を知らないと考えたほうが妥当

6

実際の頻度はどうか

- 2006年3月厚生労働科学研究費
「医療事故の全国的頻度に関する研究」班
報告書
- 全国30病院を無作為抽出
- 協力が得られた18病院の4389冊のカルテ
を分析

7

分析の結果は

- 有害事象(合併症などを含む)
441例(10.0%)
- このうち医療事故にあたるものは
251例(5.7%)
- さらにこのうち「医療過誤」にあたるものは
108例(2.5%)
⇒7例が「死亡が早まった」(1/627)

8

1/627ということは

- 全国の退院患者数は1500万人



単純計算をすると年間約2万4000人が
医療過誤で「死亡が早まった」
500人乗りジャンボ機が、
ほぼ毎週墜落しているのと同じ
⇒ヒト・モノ・カネをつぎ込むべき対象である

9

医療事故の要因は増えている

- 医療従事者の忙しさの増加
- 医療の複雑さの増加(薬剤, 医療機器の種類の増加)
- コミュニケーションの不足

こうした状況の中で,
「間違いやすいシステム」は, できるだけなくして
いかなければならない

10

ミスが起きやすい医療現場

たとえば
こんな感じ

⇒

⇒

⇒



オックスフォード・ラドクリフ病院 Tim Gustafson氏提供¹⁾

Gustafson氏の説明

- 高度な訓練を受けたプロ(射撃の名手)が、細心の注意を払って撃てば、十分に安全が担保されるが……
 - ⇒ 極度にあわてていたり、逆に気が緩んでいたら……
 - ⇒ また、すごく疲れていたり、時間がなかったり、同時に多くの業務をこなしていたりしたら……
兵士に弾が当たる(事故が起きる)可能性

でも高度な訓練を受けたプロも

2008年9月 香川県の病院

1000例以上の体外受精を扱っていた

ベテラン医師が受精卵を取り違え

⇒妊娠した20代女性は人工中絶

おそらく一生に一度くらいしか起こさないミス

プロはめったに事故を起こさないが

気の緩みや逆に極度の緊張があると・・・

13

でも高度な訓練を受けたプロも

- 二歩とは同じ筋に二つの歩を打ってしまう反則で素人もあまりやらないミス
- プロ棋士とは、年間4人だけがなれる将棋界の超エリート集団
- 彼らは毎日将棋の訓練をしている
- 公式戦では全身全霊をかけて戦っている
.....ところが

14

NHK杯戦の2000年以降に2度

10年間で約500局
放映の中で2度発生

⇒一生に一度くらい
しかしないとんでもない
ミスというが...



そんな事故が発生する
確率は意外に高い

NHK教育「将棋の時間」より
2004年度NHK杯将棋トーナメント
豊川孝弘六段対田村康介五段戦

15

例えば

ある会社員が50年(20歳~70歳)

年間250日働くとすると 計12500日働く

その社員が人生に一度程度のとんでもないミス
を, その日にしてしまう確率は?

$$\frac{1}{12500}$$

16

例えば

- その日に、その社員が
とんでもないミスを起こさない確率

$$1 - \frac{1}{12500} = 0.99992$$
$$= 99.992\%$$

⇒ 客は安心して商品を買える

17

でも30人の社員がいる会社なら

この会社での日無事故の確率は？

$$(0.99992)^{30} = 0.9976$$

99.76%に低下

では1年間無事故で過ごせる確率は？

$$(0.9976)^{365} = 0.4160$$

⇒ 41.6%に低下

18

徳島県2008年K病院の事故

当直医が「サクシゾン」と入力したつもりで、実際には「サクシン」投与が指示された事故



看護師が薬剤部に薬液を取りに行き、アンプルを見て筋弛緩剤であることに気づき、当直医に「サクシンってどれくらいの時間かけていったらいいんですか？」と尋ねた。サクシゾンと聞こえた医師は「15から20分かけていって」と指示し、サクシンの投与が実施された。

19

K病院の安全対策

- サクシンとサクシゾンの取り違い事故防止のため、サクシゾン薬剤リストから削除していた
- しかし当直医は、その事実を知らなかった
- 最初の2文字で、薬剤名が出るシステムはそのままにしていた
- 薬剤部は、この薬を何に使うか、十分把握していなかった 200mg(5本)なのに

20

事故後の対応

- 病院が謝罪
- 県が再発防止指導
- 警察が捜査 医師らを事情聴取
- 県が立ち入り検査
 - ⇒サクシンを削除
 - ⇒毒薬や劇薬を時間外に処方する場合
医師・薬剤師間で電話確認義務付け

21

事故を起こした人を責める発想

- 司法側の発想
 - 事故を起こした人を責め罰することで
再発防止を図る ⇒一罰百戒？
- 医療側にも似たような発想がある
 - 医療関係者は高度な訓練を受けたプロ
だから失敗は許されない
⇒「気をつけろ。二度としないように」
⇒さらに訓練へ

22

メーカーに
よる対応

注意喚起を
促す
チラシの配布

同じお金の価値でも、患者様への対応は

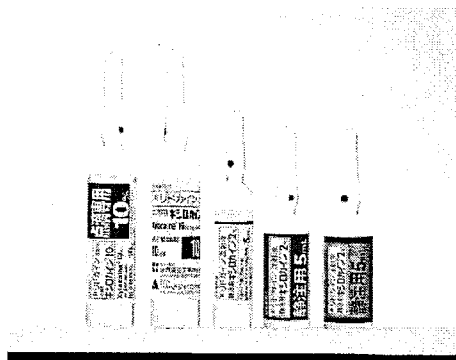
サクシンとサクシゾン は名称が類似しているが、製剤方による事故やヒヤリ・ハット事例が発生しております。特にオーダーリングシステムでの入力ミスや処方せん誤読あるいは口頭指示受け時の思い違いがその原因として報告されております。ご使用の際は、今一度ご注意ください。ご迷惑の無いよう申し上げます。

サクシン は 毒薬の筋弛緩剤です。 アンプル入り注射液 サクシン/succin 20mg サクシン/succin 40mg サクシン/succin 100mg 日本薬科スチマートニウム製薬株式会社 サクシン注射液 Succin アステラス製薬株式会社	サクシゾン は 副腎皮質ホルモン剤です。 アンプル入り注射液 サクシゾン/100 サクシゾン/500 サクシゾン/1000 日本薬科スチマートニウム製薬株式会社 サクシゾン注射液 SAXIZON 武蔵野薬工業株式会社
---	--

でも

- ・ 注意していても事故は何年かに一度起きる
- ・ そのたびに、患者が傷つき、医療者も傷つく
- ・ 同じお金をかけるなら、サクシンかサクシゾンかどちらかの名前を変更するほうがいいのか？

システムの対応の成功例



- 塩酸リドカイン
(キシロカイン)には
10%液と2%液が
あった



取り違えの注射ミスが
さまざまな病院で
多発していた

25

取り違え事故の事例

2004年4月 K大学病院

76歳女性患者に不整脈がみられたため、
当直の研修医が塩酸リドカインを静脈注射
2%製剤を使わなければならなかったのに、
誤って10%製剤を注射。患者は心停止、
2時間後に死亡。

看護師が「点滴用と書いてありますが・・・」
研修医は2種類あることを知らなかった

26

そのときの注射薬のラベル



- 事故の2ヶ月前に表示が改善されていたが
- 2種類あることを知らない人には無効だった

27

それまでも事故は多発していた

- 朝日, 毎日, 読売3紙を検索(1984年以降)
- 1988年 1件 埼玉所沢
- 1994年 2件 埼玉春日部, 福岡北九州
- 2001年 1件 岡山
- 2002年 1件 青森弘前
- 2003年 4件 北海道旭川 東京文京区
静岡浜松 京都

28

リドカイン事故の根絶

- アストラゼネカ社は2005年秋に
- 10%製剤を全面販売中止に
- 2006年以降, 取り違え事故の報道はゼロ
事故の原因を絶つ「あるべき姿」
他にも輸液チューブの形状変更
麻酔ガスバルブのピンなど

29

まとめ

- 事故は我々が知っている以上に起きている可能性がある
- 医療界には伝統的に「高度なプロとして失敗は許されない」⇒「さらに注意, 訓練」という考え方がある
- しかし, 事故を減らすためには, 失敗をしようとしてもできないくらいの抜本的・システマ的な対応が必要

30

提言

- 1回服用量, 総量表記に統一する
- 処方せんの手書を改訂して, それ以外の記載がしにくいようにする

例)

薬剤名
1回量 mg × 1日 回

必ず@を使うというようなルールもありうる

31

追加提言 将来に向けて

- 処方せんに病名を書くことにしてはどうか
- 疑義紹介のしにくさを改善できないか

32

内服薬処方せんの記載に関する 現状と問題点について 【薬局薬剤師の立場から】

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会
(平成21年6月22日)

日本薬剤師会常務理事 岩月 進

処方せんの記載に関する法律上の規定

医師法

・医師法施行規則(第21条)

「患者に交付する処方せんに患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、
発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は
医師の住所を記載し…」

健康保険法

・保険医療機関及び保険医療費担当規則(処方せん様式)

・関連通知(処方せん記載要領、レセプト記載要領)

「医薬品名は、原則として薬価基準に記載されている名称を…」
「内服薬については1日分量、…」

医師に対する規定 (処方せん発行側)

<保険処方せん>

- 医薬品名 → 薬価収載名または一般名
- 分量 → 内服薬 1日分量、
 屯服薬 1回分量、
 その他 投与総量
- 用法、用量 → 1回あたり使用量、
 1日あたり使用回数及び使用時点、
 投与日数(回数)

3

<一般的な記載例> 内服薬の場合

- ① ×××錠10mg 1錠 1日1回 朝食後 14日分
- ② ×××シロップ 5mL 分3 毎食後 14日分
- ③ ×××顆粒 2g
 ×××錠 3錠 1日3回 毎食後 14日分

4

薬剤師(薬局)に対する規定 (処方せん応需側)

<保険請求関係>

(調剤レセプト)

- 医薬品名 → 薬価収載名
- 用量 → 内服薬 1日用量
 屯服薬 1回用量および投薬全量
 その他 投薬全量

(調剤報酬点数)

- 薬剤料(内服薬) → 1日分(1剤) × 日数

5

<薬袋>

- 「処方せんに記載された患者の氏名、用法、用量その他厚生労働省令で定める事項を記載しなければならない」(薬剤師法第25条)

<その他、影響がある事項>

- レセコン
- 自動分包器
- 電子薬歴
- 薬袋、薬剤情報提供文書 など

6

現状と問題点

- 健康保険法の場合、院外処方せんについては1日分量を記載することなどのルールがすでに設けられている。
- しかし、ルール通りに記載されない場合もあることから、まずは現行ルールの周知徹底や不備な点の改善を図った上で、その後の対応(1回量記載など)を考えていくことが必要ではないか。
- 散剤の場合、製剤量か成分量かの判断がしにくい場合もあり、明確なルール化が必要。また、医療安全確保の観点から、投薬全量に関する記載も視野に入れるべきではないか。

7

- 院外処方せんについては記載方法に関するルールが設けられているが、院内投薬における指示書の記載方法については具体的な規定は設けられていない(すなわち、医療機関ごとに方法が異なる)。

8

想定される課題など

- 現行ルール(健康保険法)を変更する場合、移行期間の長短にかかわらず、新旧の記載方法が混在することになる。そのため、かえって危険性が増してしまうことが懸念される。
- 記載方法を変更するのであれば、患者はもちろん、処方せんの受け手である薬剤師を混乱させないための方策や配慮が不可欠(処方せんの記載内容を正確に判断する上で、薬剤師へ過剰な負担がかからないよう配慮も必要)。

→ 処方せん中に疑わしい点がある場合、薬局の薬剤師は処方医に対して疑義照会を行わなければならない(薬剤師法第24条)。

9

- レセコンなどの関連機器については、全面的なシステム改修を要することになる。利用者(薬局)に負担が生じないようにすることが必要(操作面、費用面など)。
- 院内投薬／院外処方にかかわらず、処方せんの記載方法に関するルールの統一化についても検討すべきではないか。
- 現時点で考えられる対応策としては、
 - ① 現行ルール(1日量記載)をベースとして統一化
 - ② ある時期を境に1回量記載へ一斉切替(移行期間は設けない。ただし、実行上はほぼ不可能)
 - ③ 1日量記載／1回量記載を明確に区別することができる処方せん様式の導入(しかし、システム上は2方式になってしまうため、費用面はもちろん、薬局従事者にかかる業務上の負担大)

10

内服薬処方せんの記載に関する
現状の課題と解決試案
【看護師の立場から】

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会
(平成21年6月22日)

慶応義塾大学看護医療学部 嶋森好子

1

平成19年1年間に報告された薬
剤に関連する事故の数

- 合計 98件
- 指示段階 30件(量違い18件)
- 指示受け段階 2 (量違い 1)
- 準備段階 21 (量違い 6)
- 実施段階 33 (量違い 5)

2

平成19年年報：共有すべき事故事例 (日本医療機能評価機構)

- ニューロタン(ロサルタンカリウム)をニューレプチル(精神神経用剤)と間違った。
- スローピッド(テオフィリン)を、スローケー(塩化カリウム)と間違い。
- 医師が退院処方としてインクレミンシロップ(鉄欠乏性貧血治療薬)1.5ml,7日分と処方すべきところ、小数点が入力されず、10倍処方されて過量投与となった。
- 座薬の処方があり半分に分けて挿入することが指示書には書かれていたが、処方箋のコメント欄には記載がなかったため、そのまま1個挿入し過量投与になった。
- 内科外来で硫酸アトロピン末(抗コリン剤)、1.5mg分3の処方したところ、院外処方薬局では、硫酸アトロピン原末(g/g)を1.5gで調剤したため、1000倍量を内服することになった。³

- 他科受診した患者に、その医師からリン酸コデイン60mg3 × の指示があった。主治医は、180mgを1日3回に分けて内服するように処方をしたため、3倍量の処方が行われた。
- デカドロン錠を粉末にする処方がオーダーイン状ではできないために手書きで処方を書いた。2mg と書くべきところ20mgと書いてしまった。処方後の監査で薬剤師が気付いた時には内服後であった。
- イソニアジド0.3gと処方すべきところ、3gと処方した。(300mg, 3錠が頭にあって勘違いした。
- 入力の時ノルバスク5mg、1錠と入力したつもりであったが、5錠と入力してしまった。
- アレビアチンを内服から注射に変える際、[分3]を「×3」と勘違いし、250mg (3A/1日)と指示して過量投与になった。
- 外来で前回と同じ処方を出すつもりで、医師がカルテに残されていた処方控えコピーして処方したところ、1年前の処方控えがなくなっていたため、間違った処方となった。⁴

その他病院や在宅ケアの場で 生じるエラーの事例と対策

自治体病院や訪問看護ステーション
の看護職からの意見

がん看護専門看護師養成課程 修了者からの意見

- デュロテップのMTパッチが発売されてから、従来のパッチとの混同を防ぐためにMTパッチのmgのあとに(前〇mg相当)と記載している→薬剤の規格や包装の変更に伴う誤りを少なくする工夫が必要

がん終末期を専門に扱う 訪問看護ステーションから

- モルヒネの使用量でmgかmlか、また、オピオイドの包装や錠剤の色が容量によって異なる点が問題となった(医師の確認ミスによる誤った処方があり、指示を受けた薬剤師も気がつかなかった)。薬剤の効果判定を看護師が行った際に、異変に気がつき、看護師と薬剤師で再確認したところ、間違いが判明した。→在宅で取り扱い可能な薬剤の種類や容量と包装形態が記載されている伝票を用いるなどの工夫が必要

7

在宅や地域で間違いが起こりやすい ケースとその対策

- 内服で間違いやすいのは、朝と夕で内服量が異なる(オキシコンチンなど)貼付薬の場合は、デュロテップパッチを72時間ではなく48時間で交換する時にスルーしてしまう時です。
→イレギュラーな場合やミスを誘発しやすい場合には薬袋の投与量や時間のところに赤丸をつけるなど工夫している。

8

包括指示によって看護師に量の判断を任されている薬剤の場合

- 薬剤名と、1回の使用量が明示されていればこれを何回使うかによって、1日の使用量が明確になるので、管理がしやすく、間違いは起こらない。内服薬、軟膏類、うがい薬、貼付薬、吸入など、治療の副作用で起こりうると予測されている症状などの対処のために使用されている。

9

処方せん記載に係る法令上の規定

・医師法施行規則（第21条）

「患者に交付する処方せんに患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し…」

・歯科医師法施行規則（第20条）

「患者に交付する処方せんに患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し…」

・保険医療機関及び保険医療養担当規則（第23条）

「保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2号またはこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載し…」

10

現状の課題

1. 処方された薬を投与する看護師の中には、「3×」「×3」の意味を理解していない者が多い。
2. 在宅看護では患者の状態によって内服量を変えることがあり、1回量が明示されていないと、調整を誤る。
3. 水薬や散薬の賦形によって、処方量と調剤量とが違っていることが間違いの原因になっている。

11

現状の課題の対応策

1. 日本語で「3回に分けて」とか「1日3回」と記載するとともに、1回量を明示する → 事故防止・安全に必要不可欠である
2. 在宅看護を受ける患者への与薬にも対応できるように、1回量の明示を基本とした処方せん記載をする → 薬剤の使用場面の多様性に至急対応することが必要である
3. 賦形された水薬や散薬の場合、処方量と調剤量が違っていることが分かるような注意書きをする → 処方箋の記載方法ではないが、調剤によって見かけが変わる場合の対処が必要

12

移行期の対応策

1. 1日量の処方か、1回量の処方かを推測することなく
一意的に解釈できる処方せん記載を始める
← 現行のシステムで対応可能である
2. 1回量処方を基本とした、統一的な標準記載方法を決定し、あらかじめ設定した適用開始時期に向けて体制整備を推進する
← システム整備に要する時間推計を元に適用開始時期を設定する
← 処方システム改修に係る費用負担が標準記載方法の普及を妨げる要因にならないようなベンダーの社会貢献を期待

13