

第4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9月14日(月)
17:00~19:00
厚生労働省共用第7会議室(5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

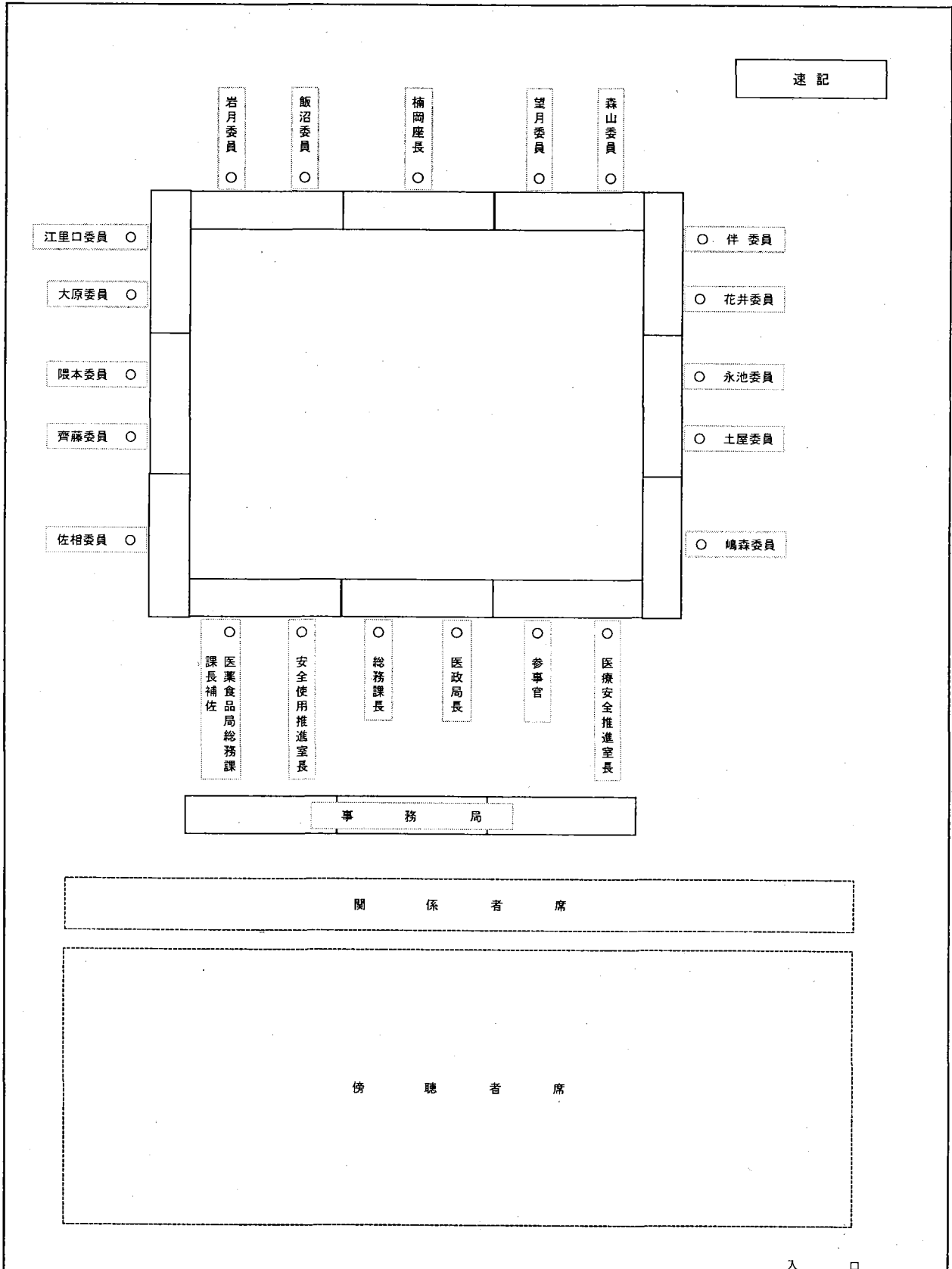
配付資料

- | | |
|-----|--------------|
| 資料1 | 第3回検討会の主なご意見 |
| 資料2 | 処方せん記載例 |
| 資料3 | 報告書骨子(論点整理) |
| 資料4 | 土屋委員提出資料 |

第4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9月14日(月)
17:00~19:00

場所 合同庁舎第5号館 5階
共用第7会議室



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3回検討会の主なご意見

1. 処方せん記載方法の在り方について

- 分量を1日量で書くのがいいのか、1回量で書くほうがいいのか、どちらが分かりやすいという比較よりも、そのどちらが分かりやすいかという比較ではなく、いろいろな書き方があるほうがいいのか、それとも統一したほうがいいのかというのが、この検討会の論点として適切ではないか。
- 統一ルールがない限り、医療事故につながる可能性がある。職場が変わったらルールも変わるというのでは、それは患者の立場から言えば非常に不安である。新人の医師が来ても、転勤して別の医師が来ても、対応できるような統一した記載ルールを決めるべきである。
- 処方せんの交付義務が定められているのは、患者さんに分からなくていいということではなく、患者さんに行う薬物療法に関する情報開示のためである。患者さんにも理解していただくような記載方法が求められているのではないか。
- 昭和30年代の頃は、がん治療などの場合もあり、患者さんには飲んでる薬を分からせないほうが良いという文化があった。今は患者さん自身がすべてインフォームド・コンセントによって、予後の悪い病気でも深く理解しながらそれに前向きに立ち向かうという文化になっている。患者さんが分からない、昔ながらの処方せんの書式というのは、大きく見直すべき時期にきているのではないか。
- 患者さんに参加してもらうのは、医療安全の基本で非常に重要だ。患者参加のために、患者さんにも処方の内容が伝わる記載方法を検討することが非常に大事ではないか。

2. 用法・用量に係る処方せん記載方法について

- 1 日量か 1 回量かのどちらか一方に限定しないで、両方併記したほうがいいのではないか。
- リウマトレックスの内服薬による非常に重大な事故も起きているので、不規則処方事例は記号ではなく、きちんと言葉で書くなどの工夫が必要ではないか。
- 現行では、処方せんを患者が見るということを前提とはしていないが、患者が普通に読み下せる処方せんは、専門家同士でも最も合理的であるので、基本的には 1 回用量を書くべきではないか。
- これまでの議論を踏まえると、専門家の間であっても特殊な処方内容を理解するための記載は散文的な記述に収まるのではないか。
- 処方せんを書く医師の立場からは、1 回量記載を優先するべきだが、1 日量を書かなくてもいいということではない。1 回量を優先してもいいが 1 日量も把握すべきで、さらに不均等投薬については 1 週間量も把握しておくべきである。
- 手書き処方せんについては、これまでの議論を踏まえると、現行の規則の遵守を徹底させるべきではないか。

3. 処方に関する通知等について

- 必要であれば、現行の法規を見直して、医療事故の発生を防ぐシステムについて議論をすべきである。現行の法規を遵守していればよいというのではなく、医療事故が起きないようにするために、法規の改正を含めて、方策を考えるべきではないか。
- 安全性をどう担保するかという意味でいうと、1日量記載がいいか、1回量記載がいいかということではない。現行の規則でも1日量を記載して、分量には1回量の服用量を記載することになっており、このルールを徹底すべきである。決して1回量反対ということではない。
- 法令等で規定されたルールを徹底するように指導するのは行政の務めである。法令を規定するのみならず、法令を遵守させることが重要である。
- 現行の規則では、書くべきことが明確化されていないので、記載すべき項目を明示して規則を守りやすくすべきである。
- 処方せん記載方法に関する現行の規則等を整理する必要があるのではないか。まず、用法及び用量を厚生科学研究班の提案の表現で統一し、その上で、必要な記載項目を明確に書くことを守ってもらうことを徹底するべきである。
- 記載ルールを守らせる仕組みと、それが守られない場合は、それが分かるような仕組みを考える必要があるのではないか。例えば、処方せんの記載様式を改め、薬名・1回量・1日回数・1日量・日数（回数）など、必要な情報を記載する欄を設け、何を書かせるべきか、何を書いてもらいたいかをはっきりさせるべきである。

4. 移行期間の対応について

- 異なる記載方法が並存するという事は好ましくない。国、関連団体が協力して、一挙に、1 回量記載に切り替えるようにしないと、将来的に同じ議論をすることになるのではないか。
- 現状の様々な記載方法で記載されている処方せんが混在している状況に、1 回量記載の処方せんが紛れ込んだにしても、明確で理解しやすい記載方法の処方せんであるので、コミュニケーションエラー等の問題はなく、むしろ薬剤師は理解しやすいのではないか。
- 1 日量記載を基本とした処方システムから 1 回量記載を基本とした処方システムへ変更していく必要があるが、必要な費用負担をして推進していかなければいけない。1 回量記載を基本としたソフトウェアに変更する部分だけは、国からの予算措置等で推進を加速し、2~3 年、遅くとも 5 年でシステムの変更を完了すべきである。
- 分量を 1 回量記載に統一し注射と内服薬の差をなくすには、システム更新を待たなければならないので 5~10 年の移行期間が必要ではないか。その間のシステム変更、教育の徹底、分量の 1 回量記載によって新たに発生するリスクの検証作業を並行して進めるべきである。“あるべき姿”にするには工程表を作成し、厳密な計画のもとに粛々と推進すべきである。
- 紛らわしい用法をやめることが各医療機関の責任で実行可能で最も有効な方策ではないか。その上で工程表を作り、標準処方せんを目指し、標準マスタ化を推進するべきではないか。
- 処方せんを手書きで発行する医師には、1 回量と 1 日量の併記には適応できない場合があるのではないか。処方と調剤を自分で行っている医師もあり、移行期間は難しい問題が残るのではないか。
- 根本的解決には標準化が必要であり、内服薬処方せんには 1 回量記載であると提案がある。1 回量記載が医療安全の観点から、より有害事象を減らすことができるのであれば推進すべきではないか。

- 現行の規則を守り 1 回量と 1 日量の両方が記載された処方せんを規則どおり発行することを医療従事者で徹底し、薬剤師が正しく読めるようになった段階で、1 回量記載に変更すれば、自然に移行するのではないか。それが最適な移行プロセスではないか。
- 注射薬と内服薬は分量記載が統一されていないので混乱を招くことになる。注射も、頓用も、内服薬も将来的には 1 回量分量記載をするということを本検討会のメッセージとして明確に伝えながら、移行プロセスを進めることが重要である。

5. 医療情報システム（オーダリングシステム）について

- オーダリングシステムの導入が進むにつれて、オーダリングシステム上で、1 回量を書くくと1 日量も記載される、あるいは1 週間量も記載されるようにすると、過量投与等の処方ミスが防げるようになるのではないか。
- 速やかに対応するには、現行の規則を遵守し、医師の処方オーダーは従来通り1 日量で処方し、処方せんには用法として1 回服用量を明示させるべきである。
- 計算機上のロジックを使って、1 日量を医師が入力すれば1 回量を出させることはできるのではないか。例えば「2.0・分3」だと、0.66、0.66、0.67 となり、総計が2.0 にならなくて2.01 になるかもしれないが、その辺りはルールを決めて、容認していくといった調整は必要ではないか。
- リスクのほとんどは1 日量とか1 回量ではなくて、紛らわしい用法に原因があるのではないか。「×3」とか「3×」といった用法をやめ、「分3」と書くか、「1 日に3 回に分けて」と書くか、あるいは、これまでの議論を踏まえ、統一していくべきである。紛らわしい用法はやめて、各病院の用法マスタからも排除することは比較的容易にでき、最も有効である。不均等処方については、用法を明確に日本語で記載することによって、現状のシステムでも対応できるのではないか。
- システム的に“あるべき姿”は、分量をHL7 に準拠した1 回量記載に統一し、注射と内服薬の差をなくすことである。その上で、紛らわしい言葉を排除した標準用法マスタを作成し、医療機関に配付するべきである。
- 本検討会において、処方の入力方法や画面構成等を標準化し、それにシステムベンダーが準拠すべきではないか。
- 用法マスタ等を標準化する、あるいは医薬品マスタ自体を全件マスタにして、採用薬と非採用薬の区別だけをするようなマスタを作成することで、病院がマスタを作る労力を軽減することを考えるべきではないか。
- 用法などのマスタをまず統一すべきだ。日本全国どこでも同じ画面表示で操作ができるということを本検討会で実行すべきである。

- 現行のマスタでいちばん問題になるのは、第1単位、第2単位をそれぞれ製剤量と成分量のどちらとするか、医療機関によって異なっている状況である。現行のシステムで行うべきは、このようなマスタの統一である。
- 医療事故防止の観点から見たときに、メインとなる第1単位を決めることが極めて重要な意味を持つ。単位を厳密に定めて、第1単位、第2単位が病院によって異なるようにするべきだ。
- 重量単位はミリグラムかグラムか、製剤量か成分量かということが統一されていないことは改善したほうがいいが、基本的に医師の思考回路と入力の手順などは変えるべきではない。

(参考)

JAHISとしては、用法マスタ等の標準化に貢献すべく取り組み、本検討会の結論に準じて協力していく。

6. その他（教育、添付文書）

- 薬学教育は4年制が6年制に変わり、6年制の学生が4年生になっているが、実務実習の事前学習として模擬処方せんを使い、事前学習後の共用試験は模擬処方せんを使って試験を受ける。ここで薬剤師の指導を受け、実務実習で現場の薬剤師に学ぶ。そのタイミングで処方せんの記載方法の在るべき姿を理解すれば、同時に何万人かの薬剤師と学生の教育が行われ効率よく移行できるのではないか。
- 薬剤師国家試験で処方せんの読み方等が出題されるが、その処方せんがルール通りの標準化された処方せんであるということが非常に大切である。その先、タイミングを見て、5～10年の間に徐々に変えるか、一挙に変えるかは、そのときの情勢で判断すべきだが、まずは、現行のルールに合った処方せんを書くこととし、いずれは理想的な記載方法に移行することが薬学生の教育上では最善であるし、教育する立場からも都合がいい。
- 薬剤師の教育が6年制になって、臨床実習で服薬指導等をされるのに、全国的に決められた処方せんの記載方法がないということは、薬学教育の上でも大きな問題だろう。その点で是非、今、薬学教育で4年制が6年制に変わったタイミングで、処方せんの記載方法の標準化が検討会の考え方として定着すればよいのではないか。
- 専門家の間では了解する特殊な記号であっても、業界全体には通用していないということがあるので、特殊な処方については添付文書にも、分かるように書くべきではないか。

処方せん記載例

注)第4回検討会の議論をふまえ修正予定

【処方例1 内用薬(均等処方)の場合】

現行の処方せん記載例(1日量)

Rp1)	アムロジンOD(5mg)	1錠
	リバロ(1mg)	1錠
	分1 朝食後	7日分
Rp2)	フロモックス(100)	3錠
	メジコン(15)	3錠
	ムコソルバン(15)	3錠
	分3 毎食後	7日分
Rp3)	インテバンSP(25)	2C
	分2 朝夕食後	7日分
Rp4)	マイスリー(5)	1錠
	1回1錠1日1回 就寝前	7日分

【処方例1 内用薬(均等処方)の場合】

過渡的記載例(1回量ベース型)

【例1】1日量を分量欄に併記型

Rp1) アムロジンOD(5mg) 1錠(1日1錠)
 リバロ(1mg) 1錠(1日1錠)
 1日1回 朝食後 7日分

Rp2) フロモックス(100) 1錠(1日3錠)
 メジコン(15) 1錠(1日3錠)
 ムコソルバン(15) 1錠(1日3錠)
 1日3回 毎食後 7日分

Rp3) インテバンSP(25)1カプセル(1日2カプセル)
 1日2回 朝夕食後 7日分

Rp4) マイスリー(5) 1錠(1日1錠)
 1日1回 就寝前 7日分

【例2】1日量を用法欄に併記型

Rp1) アムロジンOD(5mg) 1錠
 リバロ(1mg) 1錠
 1日1回(1日量各1錠)朝食後 7日分

Rp2) フロモックス(100) 1錠
 メジコン(15) 1錠
 ムコソルバン(15) 1錠
 1日3回(1日量各3錠) 毎食後 7日分

Rp3) インテバンSP(25) 1カプセル
 1日2回(1日量2カプセル) 朝夕食後
 7日分

Rp4) マイスリー(5) 1錠
 1日1回(1日量1錠) 就寝前 7日分

【処方例1 内用薬(均等処方)の場合】

過渡的記載例(1回量ベース型)

【例3】1日量を分量欄に併記型 *

Rp1)	アムロジンOD(5mg)	1錠
	リバロ(1mg)	1錠
	1日1回 朝食後	7日分
Rp2)	フロモックス(100)	1錠(1日3錠)
	メジコン(15)	1錠(1日3錠)
	ムコソルバン(15)	1錠(1日3錠)
	1日3回 毎食後	7日分
Rp3)	インテバンSP(25)	1カプセル(1日2カプセル)
	1日2回 朝夕食後	7日分
Rp4)	マイスリー(5)	1錠
	1日1回 就寝前	7日分

【例4】1日量を併記しない例 **

本処方せんは1回量で記載されています

Rp1)	アムロジンOD(5mg)	1錠
	リバロ(1mg)	1錠
	1日1回 朝食後	7日分
Rp2)	フロモックス(100)	1錠
	メジコン(15)	1錠
	ムコソルバン(15)	1錠
	1日3回 毎食後	7日分
Rp3)	インテバンSP(25)	1カプセル
	1日2回 朝夕食後	7日分
Rp4)	マイスリー(5)	1錠
	1日1回 就寝前	7日分

* 服用回数が1回の場合には1日量は省略可という規定を前提

** 1日〇回という記載及びこの処方せんが1回量で記載されていることを明記した場合には1日量は省略可とする規定を前提(1回量記載推進のための方策)

【処方例1 内用薬(均等処方)の場合】

将来像(1回量記載方式に統一後のアウトプット例)

処方せん(医師、薬剤師用)

Rp1)	アムロジンOD(5mg)	1錠
	リバロ(1mg)	1錠
	1日1回 朝	7日分
Rp2)	フロモックス(100)	1錠
	メジコン(15)	1錠
	ムコソルバン(15)	1錠
	1日3回 朝昼夜	7日分
Rp3)	インテバンSP(25)	1カプセル
	1日2回 朝夜	7日分
Rp4)	マイスリー(5)	1錠
	1日1回 就寝前	7日分

処方情報紙(患者、看護師向け)

朝	7日分	
	アムロジンOD(5mg)	1錠
	リバロ(1mg)	1錠
	フロモックス(100)	1錠
	メジコン(15)	1錠
	ムコソルバン(15)	1錠
	インテバンSP(25)	1カプセル
昼	7日分	
	フロモックス(100)	1錠
	メジコン(15)	1錠
	ムコソルバン(15)	1錠
夜	7日分	
	フロモックス(100)	1錠
	メジコン(15)	1錠
	ムコソルバン(15)	1錠
	インテバンSP(25)	1カプセル
就寝前	7日分	
	マイスリー(5)	1錠



【処方例2 内用薬(散剤)の場合】

(現行)

テグレート細粒50% 1.6

分2 朝夕食後 14日分

テグレート細粒50% 800mg

分2 朝夕食後 14日分

テグレート細粒50% 1.6g(製剤量)

以上1日量分2 朝夕食後 14日分

カルバマゼピン 800mg(1日原薬量)

1日2回に分けて 朝夕食後 14日分

(過渡的記載例)

(将来像)

テグレート細粒50% 0.8g(1回製剤量)

1日2回 朝夜 14日分

カルバマゼピン 400mg(1回原薬量)

1日2回 朝夜 14日分

【処方例3】内用液剤の場合

(現行)

セルシンシロップ0.1% 3mL

分2 朝夕食後 14日分

セルシンシロップ0.1% 3mL(製剤量)

以上1日量 1日2回に分けて朝夕食後 14日分

ジアゼパム

3mg(原薬量)

以上1日量シロップで 分2朝夕食後 14日分

(過渡的記載例)

(将来像)

セルシンシロップ0.1% 1回 1.5mL(製剤量)

1日2回 朝夜 14日分

ジアゼパム

1.5mg(1回原薬量)

1日2回シロップで 朝夜 14日分

【処方例4】不均等分割投与の場合

(現行)

プレドニン錠(5mg) 7錠(4-2-1)
分3 毎食後 7日分

プレドニン錠(5mg) 7錠(4-2-1)
以上1日量 分3毎食後 7日分

プレドニン錠(5mg) 7錠
以上1日量3回に分けて(朝4-昼2-夕1) 食後 7日分

(過渡的記載例)

(将来像)

①プレドニン(5mg)	1回	4錠
1日1回 朝	7日分	
②プレドニン(5mg)	1回	2錠
1日1回 昼	7日分	
③プレドニン(5mg)	1回	1錠
1日1回 夜	7日分	

【処方例5】休薬期間のある場合

(現行)

リウマトレックス(2mg) 2C
毎週日曜 1日2回 朝夕食後 4日分
リウマトレックス(2mg) 1C
毎週月曜日 1日1回朝食後 4日分

リウマトレックス(2mg) 2カプセル
毎週日曜 分2朝夕食後 4日分(投与実日数)
リウマトレックス(2mg) 1カプセル
毎週月曜 分1朝食後 4日分(投与実日数)

(過渡的記載例)

(将来像)

リウマトレックス(2mg) 1回 1カプセル
週3回(日曜9時、21時、月曜9時)服用を
1つの周期として4周期分

報告書骨子案(論点整理)

注)第4回検討会の議論をふまえ修正予定

1. 内服薬処方せん記載の在るべき姿

- 医療安全の観点から、患者、医療者を含め、誰がみても理解できるような処方せんの記載方法を標準化し、我が国のあらゆる医療機関において統一的な記載による処方せんが発行されることが望ましい。
- 最も望ましいのは、分量として1回量、1日量、用法・用量として1日の服用回数、服用時期、服用日数等の必要事項をすべて記載することであるが、現状では限られた時間で全体についてすべて記載することは困難である。
- このため用法の記載について、一定のルールを設けて標準化を図る。

【これまでの主なご意見】

- ・ 統一ルールがない限り、医療事故につながる可能性がある。統一した記載ルールを決めるべきである。(第3回 隈本委員)
- ・ 患者さんが分からない昔ながらの処方せんの書式というのは、大きく見直すべき時期にきているのではないか。(第3回 齊藤委員)
- ・ 1回量記載を優先するべきだが1日量を書かなくてもいいということではない。1回量を優先してもいいが1日量も把握すべき。さらに不均等投薬については1週間量も把握しておくべきである。(第3回 森山委員)
- ・ 用法及び用量の表現を統一し、必要な記載項目を明確に書くことを守ってもらうことを徹底すべきである。(第3回 佐相委員)
- ・ 現行の規則を守り1回量と1日量の両方が記載された処方せんを規則どおり発行することを医療従事者で徹底すべき。(第3回 望月委員)
- ・ 内服薬も将来的には1回量分量記載をするということを本検討会のメッセージとして明確に伝えながら移行を進めることが重要である。(第3回 伴委員)

1-1) 単位量

医薬品を実際に内服する患者の解りやすさの観点から、最小単位である1回の内服量を処方せん記載の基本とする。

1-2) 散剤、液剤

a) 薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剂量 (薬剤としての重量) で記載する。

b) 薬名を一般名 (原薬名) で記載した場合には、分量は有効成分量で記載する。

2. 内服薬処方せん記載方法の標準化に至るプロセス

〈短期的方策〉

○単位量

2-1) これまで「分 3」、「× 3」、「3 ×」と記載してきたものを、日本語で明確に記載する「朝夕 1日3回均等に分けて」、「1日1回 朝2錠」といった記載を標準にする。

【これまでの主なご意見】

- ・日本語で「3回に分けて」、あるいは「1日3回」と記載することが、事故防止、安全上必要で不可欠である。(第2回 嶋森委員)
- ・専門家の間であっても特殊な処方内容を理解するための記載は散文的な記述に収まるのではないか。(第3回 花井委員)

○散剤、液剤

2-2) 「g記載は製剤量、mg記載は有効成分量」といった重量単位により記載してきたものを、薬名を販売名で記載した場合には、製剤量と明示のうえ、製剤量で分量記載し、一般名(原薬名)で記載した場合には、原薬量と明示のうえ、有効成分量で分量記載することを標準にする。

○その他

2-3) 出力された処方せんの記載事項については、処方オーダーリングシステム等が、1回量を基本とした入力、1日量を基本とした入力のいずれの入力方法であっても、出力された処方せんには、1回内服量と1日内服量が併記されるようにする。

2-4) 手書き処方せんの場合、用法・用量について上記2-1及び2-2の対応を関係者に依頼し、調剤においては、必要に応じて疑義照会を徹底する。

【これまでの主なご意見】

- ・医師の処方オーダーは従来通り1日量で処方し、処方せんには用法として1回服用量を明示させるべきである。(第3回 大原委員)
- ・処方せんを手書きで発行する医師には、1回量と1日量の併記には適応できない場合があるのではないか。(第3回 飯沼委員)

〈長期的方策〉

○医療情報システム

2-5) 医療情報システムにおける標準用法マスタの作成・配布を行う。

2-6) 処方オーダリングシステムにおいては、1回量を基本とした入力方法に対応できる、処方入力画面を装備するよう関係者に働きかける。

2-7) 処方せんによる投薬指示が患者に確実に実施されるために、看護システムにおいては、服用の最小単位である1回の服用量を基本単位とすることを推進する。

2-8) 調剤薬局において処方内容を再入力することによる情報伝達エラーを防止し、院外処方せんの利便性の向上に資するような、二次元情報技術（バーコードやQRコード等）の導入について検討する。

【これまでの主なご意見】

- ・用法などのマスタをまず統一すべきだ。日本全国どこでも同じ画面表示で操作ができるということの本検討会で実行すべきである。(第3回 岩月委員)
- ・本検討会において、処方の入力方法や画面構成等を標準化し、それにシステムベンダーが準拠すべきではないか。(第3回 橋詰参考人)

○教育等

2-9) 医師、歯科医師、薬剤師等の医療従事者の養成機関における、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育、共用試験や国家試験への出題について留意が必要である。

2-10) 医師、歯科医師、看護師等の臨床研修等の卒後教育においても、上記養成機関における対応を踏まえ、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育について留意が必要である。

2-11) 書籍や医薬品の添付文書の記載については、本検討会の議論を踏まえ、用法・用量等の記載方法について留意する必要がある。

【これまでの主なご意見】

- ・処方せんの記載方法が決まれば、医薬品の添付文書等の記載も検討する必要性が出てくるのではないか。(第1回 江里口委員)
- ・薬学教育で4年制が6年制に変わったタイミングで、処方せんの記載方法の標準化が検討会の考え方として定着すればよいのではないか。(第3回 望月委員)

3. 移行期間における対応

遅くとも5年後に、実施状況について把握し、対策について再検討する。

【これまでの主なご意見】

- ・根本的解決には標準化が必要である。医療安全の観点から、内服薬処方せんの1回量記載を推進すべきではないか。(第3回 永池委員)
- ・処方システムの変更が必要であるが、必要な費用負担をして推進していかなければいけない。国からの予算措置等で推進を加速し、2~3年、遅くとも5年でシステムの変更を完了すべきである。(第3回 佐相委員)
- ・分量を1回量記載に統一するには5~10年の移行期間が必要ではないか。その間、新たに発生するリスクの検証作業を並行して進めるべきである。“あるべき姿”にするには工程表を作成し厳密な計画のもとに粛々と推進すべきである。(第3回 大原委員)

4. 参考法令

別紙参照

5. 内服薬処方せん記載方法と記載例

○内服薬処方せん記載方法

4-1) 錠剤・カプセル剤

分量は1回内服量、必要に応じて1日内服量を記載し、用法・用量として1日の服用回数、服用時期、服用日数を記載する。

4-2) 散剤、液剤

a) 薬名を販売名で記載した場合には、製剂量と明示のうえ、分量は製剂量（薬剤としての重量）で記載する。

b) 薬名を一般名（原薬名）で記載した場合には、原薬量と明示のうえ、分量は有効成分量で記載する。

○記載例 ※資料2参照

1) ○○○ 1回2錠 朝 (1日5錠)

○○○ 1回1錠 昼 (1日5錠)

○○○ 1回2錠 夜 (1日5錠)

2) △△△50% 1回150mg 朝昼夜 1日3回均等に分けて (1日450mg) 製剂量

××××× 1回75mg 朝昼夜 1日3回均等に分けて (1日225mg) 原薬量

(別紙)

処方せんに関する法令の規定について

医師法施行規則（昭和23年省令第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。

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年省令第15号）

第23条第1項 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。

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82号保険局医療課長、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

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

(別紙)

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。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年省令第16号)

第8条第1項 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。

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 (印)

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	(印)		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、処方薬の一部について後発医薬品への変更と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。

用法の標準化について（提案）

日本病院薬剤師会常務理事 土屋文人

1. 標準用法マスタの作成の必要性と背景

- 処方せん記載において用法の記載が標準化されていないため、事故等も発生している。
- 製剤学の発展により、患者の生活実態に合致した薬剤の開発が多数行われている。
- 病院情報システムにおいては500を超える用法が登録されているが、使用頻度等を考慮すると上位20で8割以上の処方が可能となっている。
- 前回処方等の確認のためシステム入替時に旧システムの用法もそのまま登録されており、結果的に同一の用語が複数登録されている。
- 保険薬局では用法によって調剤料等が影響を受けるため、医療機関に確認をせざるを得ないが、医療機関毎で用語の使い方がさまざまであるため、調剤システムの用法は同一と思われるものであっても、用語を登録せざるを得ない。
- 用法の標準化の必要性は誰もが感じているが、一医療機関では決められないため、中立かつ公的なところが作成・周知してくれることを皆が希望している。

2. 標準用法マスタの作成手順

- 大規模な病院で約800程度の用法がマスタ上存在すると思われるが、用法の統一に努力を払った施設においてはその数は数百程度である。
- 一番多岐にわたるのは外用薬であるが、工夫をすることで網羅性を持たせた用法テーブルの作成は可能である。

- 作業手順としては、内服、外用、注射の区分の下で構造を持たせた用法テーブルを作成し、5カ所程度の病院、薬局のシステムの用法マスタとマッピングを図ることで、評価をおこなうことは必要である。
- 医療安全の観点から、用法の用語は明確である必要があり、標準マスタの用語についてはメンテナンス方法等を含め厳格なルールが必要である（標準マスタ以外の使用禁止等）。
- 作成に要する期間については、研究班において以前検討を行っていることから、これらの結果をより精査し、学術団体等や工学系（情報処理）専門家の協力のもとに、2ヶ月程度で標準マスタ（案）を作成することが可能と思われる。

3. 標準マスタのオーソライズとメンテナンス

- 厚生労働省医政局の保健医療情報標準化会議で選定された、医療情報標準化推進協議会（HELICS 協議会）にかけて、厚生労働省標準規格とする。
- 医薬品マスタと比較すると、標準用法マスタの更新変更の頻度は極めて低いと考えられることから、学術団体等の協力により維持管理を行うことを考えている。