

## 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、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こうということは、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は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は困るということになれば、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、ここでは処方箋は単に「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くところではないか。
- 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。
- 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、量が少ない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。