

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らないほうがいいのか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おうのは、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。