



事務連絡  
平成29年5月26日

各 都道府県  
保健所設置市 衛生主管部（局）御中  
特別区

厚生労働省医政局総務課  
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課  
厚生労働省医薬・生活衛生局安全対策課

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要  
について（情報提供）

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」（研究代表者 国際医療福祉大学薬学部 土屋文人特任教授）について、研究報告書がとりまとめられ公表されましたので情報提供いたします。

研究結果の概要は別添1のとおりです。内服薬処方せんの記載方法の標準化を進展させるためには、内服薬の1回量及び1日量を併記する等標準的記載方法を医療機関に対し改めて周知する必要性の他、薬剤名の一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違い防止のための対応等が課題とされております。

この一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違い防止のための対応策の一つとして、類似性等による取り違いリスクが特に懸念される名称のものについては、一般名処方内服薬処方せんにおいて、先発品の使用が誘引されることがない範囲で、先発品や代表的な後発品の製品名等を参考的に付記する等の工夫が有効と考えられます。なお、診療報酬における一般名処方加算の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について（その11）」（平成29年5月26日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）をご参照ください。

また、内服薬処方せんの記載方法の標準化に向けた病院情報システムの標準

用法マスタの搭載については、平成 28 年 9 月に医療情報標準化推進協議会（HELICS 協議会）において、処方・注射オーダ標準用法規格が医療情報標準化指針（HELICS 指針）とされたため、今後、各メーカーで対応が進められる環境が整ったことを申し添えます。

なお、当該研究報告書については、別添 2 の「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について（周知依頼）」（平成 22 年 1 月 29 日付け医政発 0129 第 3 号・薬食発 0129 第 5 号厚生労働省医政局長・医薬食品局長連名通知）において、各都道府県知事・保健所設置市長・特別区長あてに周知をお願いした検討会報告書のなかで「遅くとも 5 年後に、内服薬処方せんの記載方法の標準化の進捗状況等についての調査・研究を行い、対策について再検討する」とされたことを踏まえ、調査を行ったうえでとりまとめられたものです。

○別添 1

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」（研究代表者 国際医療福祉大学薬学部 土屋文人特任教授）結果の概要

○別添 2

「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について（周知依頼）」（平成 22 年 1 月 29 日付け医政発 0129 第 3 号・薬食発 0129 第 5 号厚生労働省医政局長・医薬食品局長連名通知）

（留意事項）本通知の内容については、貴管下医療機関等の医療に係る安全管理のための委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品の安全使用のための責任者等に対しても周知されるよう御配慮願います。

平成27年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業  
 「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」  
 (研究代表者：国際医療福祉大学薬学部 土屋文人特任教授) 結果の概要

- 「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」(平成22年1月)において、内服薬処方せんの記載方法を標準化することが必要であるとの考えから「内服薬処方せん記載の在るべき姿」を示し、可及的速やかに着手しその後も継続的に実施すべき「短期的方策」と、長期的視点に立って取り組むべき「長期的方策」等が示されている。
- 平成27年度厚生労働科学研究において、上記方策の進捗状況等について調査を行った。以下に概要を抜粋する。

## 1 内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究

### 1) 医療機関等を対象としたアンケート調査

医療機関、臨床研修実施医療機関1,018施設及び、臨床研修実施医療機関と重複しない小児専門施設19施設の合計1,037施設を対象にアンケート調査を行った。アンケート用紙は郵送し、回答はWebあるいはFAXで回収した。回答があったのは、医療機関と臨床研修実施医療機関587施設(57.7%)、小児専門施設13施設(68.4%)、全体で600施設(57.9%)であった。

#### 【主な結果】

##### (1) 処方せん上の1回量と1日量の併記

- 「1回量と1日量を併記している」が84施設(14.0%)、「従来通り1日量のみ記載である」が498施設(83.0%)、「1回量のみ記載している」が2施設(0.3%)であった。【表1】
- 1回量と1日量の併記について、現行の保険局の通知で示されていることについて、「知っている」が487施設(81.2%)、「知らない」が98施設(16.3%)であった。【表2】
- 表1で1日量のみ記載している理由は、「システム対応ができていないから」が371施設(74.5%)であった。【図1】

##### (2) 薬名の製剤名と分量の製剤量記載

- 単味の散剤の基本的な標記方法について、「製剤名(薬価基準収載名、一般名処方名)を記載して製剤量を記載している」と回答したのは、散剤が337施設(56.2%)、液剤が508施設(84.7%)であった。【表3】

##### (3) 原薬量で記載した場合の明示

- 「【原薬量】というように原薬量であることを明記している」と回答したのは、散剤が169施設(28.2%)、液剤が83施設(13.8%)であった。「分量がmgで記載されているから【原薬量】という補助記載はしていない」と回答したのは、散剤が251施設(41.8%)、液剤が187施設(31.2%)であった。【表4】

##### (4) 入院患者用の調剤時に賦形を行った場合、賦形後の調剤量及び1回量について、薬剤師から与薬する看護師等の他部門への明確な伝達

- 「賦形した結果の量を記載している」と回答したのは、散剤が59施設(9.8%)、液剤が126施設(21.0%)であった。「賦形については特に情報提供していない」と回答したのは、散剤が381施設(63.5%)、液剤が350施設(58.3%)であった。【表5】

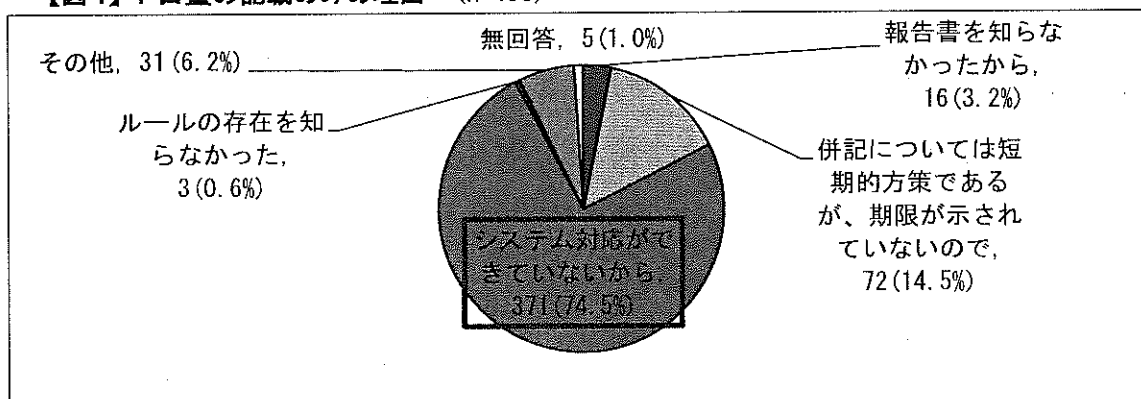
【表1】1回量と1日量の併記 (n=600)

従来通り1日量のみ記載	1回量と1日量を併記	1回量のみ記載	その他	無回答
498 (83.0%)	84 (14.0%)	2 (0.3%)	8 (1.3%)	8 (1.3%)

【表2】1回量と1日量の併記に関する保険局通知の認知 (n=600)

知っている	知らない	その他	無回答
487 (81.2%)	98 (16.3%)	3 (0.5%)	12 (2.0%)

【図1】1日量の記載のみの理由 (n=498)



【表3】薬名の製剤名と分量の製剤量記載 (n=600)

	製剤名（薬価基準名、一般名処方名）を記載し製剤量を記載	製剤名（薬価基準名、一般名処方名）を記載し原薬量を記載	原薬名（成分名）を記載し原薬量を記載	その他	無回答
散剤	337 (56.2%)	179 (29.8%)	6 (1.0%)	67 (11.2%)	11 (1.8%)
液剤	508 (84.7%)	41 (6.8%)	1 (0.2%)	34 (5.7%)	16 (2.7%)

【表4】原薬量で記載した場合の明示 (n=600)

	【原薬量】というように原薬量であることを明記	分量がmgで記載されているから【原薬量】という補助記載はしていない	その他	無回答
散剤	169 (28.2%)	251 (41.8%)	69 (11.5%)	111 (18.5%)
液剤	83 (13.8%)	187 (31.2%)	59 (9.8%)	271 (45.2%)

【表5】賦形時の情報伝達 (n=600)

	賦形については特に情報提供していない	賦形した場合に賦形した結果の量を記載している	賦形をした場合には賦形剤の量のみを記載している	その他	無回答
散剤	381 (63.5%)	59 (9.8%)	49 (8.2%)	99 (16.5%)	12 (2.0%)
液剤	350 (58.3%)	126 (21.0%)	24 (4.0%)	74 (12.3%)	26 (4.3%)

## 2) システムベンダーに対するアンケート調査

オーダーリングシステムや電子カルテシステム、レセプトコンピュータシステムを扱っているベンダーを対象にアンケート調査を行った。アンケート用紙の配布は、保健医療福祉情報システム工業会から関係各社に配布し、回答はWebあるいはFAXにより回収し、16社から回答があった。回答の結果は、【表6】のとおりであった。

【表6】システムベンダーの短期的方策に対するシステム開発状況 (n=16)

	未開発	開発中	開発済み	無回答
1回量と1日量の同一画面表示	5(31.3%)	0(0.0%)	9(56.3%)	2(12.5%)
処方せんへの1回量と1日量の併記	5(31.3%)	0(0.0%)	9(56.3%)	2(12.5%)
散剤・液剤における製剤量記載	3(18.8%)	0(0.0%)	11(68.8%)	2(12.5%)
散剤・液剤を原薬量で入力した場合の【原薬量】等の印字	8(50.0%)	0(0.0%)	6(37.5%)	2(12.5%)
用法の日本語(×3、3×等ではなく、1日3回毎食後等)による表示	1(6.3%)	0(0.0%)	13(81.3%)	2(12.5%)
賦形した場合の調剤量・1回量の表示	11(68.8%)	0(0.0%)	3(18.8%)	2(12.5%)

## 3) 標準用法マスタの開発状況調査

○平成23年9月に日本薬剤師会、日本病院薬剤師会で内服薬・外用薬を対象とした「標準用法用語集(第1版)」が公開され、翌平成24年1月に日本医療情報学会で「処方オーダーリングシステム用標準用法『服用回数、服用のタイミングに関する標準用法マスタ』(内服及び外用編)」が公開された(その後平成26年11月にアップデートを実施)。

○平成28年1月には日本薬剤師会、日本病院薬剤師会で内服薬・外用薬・注射薬を対象とした「標準用法用語集(第2版)」が公開され、これに対応して同月、日本医療情報学会で「処方・注射オーダー標準用法規格(JAMI標準)」が公開された。今後、医療情報標準化推進協議会(HELICS協議会)での審議を経て採択されれば、厚生労働省の保健医療情報標準化会議に提言される予定である。

#### 4) 検討会報告書以降で変更された診療報酬体系における処方せん記載に関する事項の調査

平成 24 年診療報酬改定により薬品名を一般名処方マスタに掲載された形で処方せん記載を行った場合に加算が算定できる仕組みが導入されたことにより、いわゆる一般名処方が確実に浸透しつつある。しかしながら、後発医薬品については、平成 15 年以降、配合剤を除いてブランド名をつけた形（「ブランド名＋剤形＋規格・濃度」という形）での命名は禁止され、後発医薬品の販売名は「一般的名称＋剤形＋規格・濃度＋会社名（屋号）」という形での命名となった。このため、販売名が長くなり、文字数が最低 10 文字、最大 32 文字となっている。

一方、先のベンダー調査において、「処方オーダー画面に表示できる医薬品名の文字数には制限がない」と回答したのは 4 社 (25.0%)、「処方せんに印字できる医薬品名の文字数には制限がない」は 5 社 (31.3%) であった。

【表 7】処方オーダー画面や処方せんに印字できる医薬品名の文字数の長さ (n=16)

	制限はない	制限がある	その他	無回答
処方オーダー画面	4 (25.0%)	9 (56.3%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)
処方せん	5 (31.3%)	9 (56.3%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)

#### 5) その他本分野に関連する事項に関する調査

○一般的名称の基本部分が一般名から成り立っている後発医薬品においては、一般名は成分の化学構造が関係して命名されている場合があり、それ故に一般名が類似している場合があった。一般名（成分名）の名称類似度について、1 文字違いや 2 文字違い、全体として類似性が認められる組み合わせに分けて整理した。【別紙】

○検討会報告書を受けて、「長期的方策」で示されている 1 回量による入力方法を採用した施設も出てきており、採用にあたっては地域の医療機関や薬局との連携を意識した導入など、システム普及方策として、これらの事例が参考となる。1 回量による入力システムは、確実に進展しつつあることが確認された。

○最近 5 年間に新たに販売された医薬品の添付文書は、国際治験が行われていることが相俟って、約 9 割が 1 回量表記と解釈できるものであった。

## 2 処方せん記載方法が関与した医療事故、ヒヤリ・ハット事例の解析

### 1) 医療事故情報収集等事業における検証

日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業の医療安全情報6月号で取り上げられた再発・類似事例のうち、医療安全情報No.9（製剤と有効成分の総量の間違い）と医療安全情報No.18（処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い）について、検討会報告書公表（2011年1月）後の発生状況を検証した。

#### 【主な結果】

○「No.9 製剤の総量と有効成分の量の間違い」の再発・類似事例は11件、「No.18 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」の再発・類似事例は1件発生していた。【表8】

【表8】医療事故情報収集等事業での再発・類似事例数

	No.9 製剤と有効成分の総量の間違い	No.18 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い
2012年6月号(2011年発生事例)	4	0
2013年6月号(2012年発生事例)	1	1
2014年6月号(2013年発生事例)	4	0
2015年6月号(2014年発生事例)	2	0
計	11	1

### 2) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における検証

日本医療機能評価機構が行っている薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で収集された内服薬処方せんに関係する事例の検証を行った。

#### 【主な結果】

○「共有すべき事例」として選定された再発・類似事例について、検討会報告書公表（2011年1月）後の検証を行ったところ、6件の再発・類似事例があった。【表9】

○この他、下記のような事例があることも分かった。

- ・一般名処方による名称類似が薬剤取り違えを生じた事例
- ・一般名処方開始後、後発品同士の名称類似が生じたことによる調剤時の薬剤取り違え事例
- ・配合剤の名称の末尾アルファベット文字が、類似していることによる取り違えの事例

【表 9】薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業での「共有すべき事例」として選定された再発・類似事例

	事例数	事例の概要
平成 24 年年報 (平成 23 年報告事例分)	3 件	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「1 回量」と「1 日量」との記載を変更する際にエラーが生じた事例</li> <li>➢ 処方せんの正しい入力にレセコンが対応していない事例</li> <li>➢ 医療機関における製剤量と成分量との間違い</li> </ul>
平成 25 年年報 (平成 24 年報告事例分)	1 件	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「リウマトレックス週 1 日服用、4 週間分処方」を意図して、「28 日分」と書かれた処方せんを作成した事例</li> </ul>
平成 26 年年報 (平成 25 年報告事例分)	2 件	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 手書き処方せんに剤形や用法が記載されていなかった事例</li> <li>➢ 処方せんに剤形（パップ剤とテープ剤の別）が記載されていなかった事例</li> </ul>

### 3 まとめ

○処方せん記載方法である 1 回量と 1 日量の併記は、現行の保険制度で求められており、これについて 487 施設 (81.2%) の医療機関が認識しているが、遵守できているのが 84 施設 (14.0%) という状況であった。医療機関側の理由としては「システム対応ができていない」と 371 施設 (74.5%) が回答しているが、ベンダーの多くはシステムを既に開発済みであり、大手ベンダーにおいては標準パッケージに含まれていることから、ベンダーは開発済みであることを積極的に医療機関に広報することが望まれる。

○原薬量で処方した場合に、【原薬量】と表記をしている施設が、散剤で 169 施設 (28.2%) にとどまっていた。また、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」の再発・類似事例が依然として報告されていることが分かった。

○完成が近い標準用法マスタについては、電子カルテシステム等への装備を推進すべきである。

○検討会報告書に示された「短期的方策」等について、少しずつではあるものの、確実に前進していることが確認された。また、平成 28 年 4 月に電子処方せんが認められたことも、今後検討会報告書の記載内容を実現するための大きな転機となると思われる。

○調査結果から、報告書記載の標準化を進展させるためには、標準的記載方法に関する医療機関に対する周知を改めて行うことが必要であると考えられた。

#### <参考> 「内服薬処方せん記載の在るべき姿」(内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書 (平成 22 年 1 月))

- 「薬名」については、薬価基準に記載されている製剤名を記載することを基本とする。
- 「分量」については、最小基本単位である 1 回量を記載することを基本とする。
- 散剤及び液剤の「分量」については、製剤量 (原薬量ではなく、製剤としての重量) を記載することを基本とする。
- 「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載することを基本とする。
- 「用法・用量」における服用日数については、実際の投与日数を記載することを基本とする。<sup>(※)</sup> (※) 休薬期間のある場合、それが一意的に解釈できるように明示する。



一般名（成分名）における名称の類似性 （別添1 別紙）

①一般名が1文字違いの組み合わせ（一般名1の五十音順）

一般名1	一般名2
一硝酸イソソルビド	硝酸イソソルビド
クアゼパム	ジアゼパム
ジアゼパム	クアゼパム
硝酸イソソルビド	一硝酸イソソルビド
d-クロルフェニラミンマレイン酸塩	d1-クロルフェニラミンマレイン酸塩
d1-クロルフェニラミンマレイン酸塩	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩
ピロキシカム	メロキシカム
ベニジピン塩酸塩	マニジピン塩酸塩
マニジピン塩酸塩	ベニジピン塩酸塩
メロキシカム	ピロキシカム

②一般名が2文字違いの組み合わせ（一般名1：五十音順）

一般名1	一般名2
アクリノール	アロプリノール
アゼルニジピン	シルニジピン
アゾセミド	フロセミド
アラセプリル	シラザプリル
アルギン酸ナトリウム	ヒアルロン酸ナトリウム
アルクロメタゾンプロピオン酸エステル	ベクロメタゾンプロピオン酸エステル
アロプリノール	アクリノール
アンピロキシカム	ピロキシカム
イソコナゾール硝酸塩	ミコナゾール硝酸塩
イソソルビド	硝酸イソソルビド
イトプリド塩酸塩	スルトプリド塩酸塩
イトプリド塩酸塩	チアプリド塩酸塩
イトラコナゾール	ケトコナゾール
イブプロフェン	ケトプロフェン
エスタゾラム	エチゾラム
エチゾラム	エスタゾラム
エチゾラム	プロチゾラム
エベリゾン塩酸塩	ビペリデン塩酸塩
オフロキサシン	ナジフロキサシン
オフロキサシン	ノルフロキサシン
オフロキサシン	レボフロキサシン
カベルゴリン	ニセルゴリン
クアゼパム	クロチアゼパム
クアゼパム	ロラゼパム
クロチアゼパム	クアゼパム
ケトコナゾール	イトラコナゾール
ケトコナゾール	フルコナゾール
ケトコナゾール	ラノコナゾール

②一般名が2文字違いの組み合わせ（一般名1：五十音順）続き

一般名1	一般名2
ケトプロフェン	イブプロフェン
ケトプロフェン	ザルトプロフェン
ザルトプロフェン	ケトプロフェン
ジアゼパム	ロラゼパム
ジメチコン	シメチジン
シメチジン	ジメチコン
シメチジン	ニザチジン
シメチジン	ラフチジン
シラザプリル	アラセプリル
シルニジピン	アゼルニジピン
シルニジピン	ニルバジピン
スルトプリド塩酸塩	イトプリド塩酸塩
スルピリド	テルグリド
チアプリド塩酸塩	イトプリド塩酸塩
チキジウム臭化物	チメピジウム臭化物
チメピジウム臭化物	チキジウム臭化物
ツロブテロール塩酸塩	プロカテロール塩酸塩
テルグリド	スルピリド
ドンペリドン	リスペリドン
ナジフロキサシン	オフロキサシン
ナジフロキサシン	ノルフロキサシン
ナジフロキサシン	レボフロキサシン
ニザチジン	シメチジン
ニザチジン	ラフチジン
ニセルゴリン	カベルゴリン
ニソルジピン	ニフェジピン
ニソルジピン	ニルバジピン
ニトラゼパム	フルニトラゼパム
ニトラゼパム	ロラゼパム
ニフェジピン	ニソルジピン
ニフェジピン	ニルバジピン
ニフェジピン	フェロジピン
ニルバジピン	シルニジピン
ニルバジピン	ニソルジピン
ニルバジピン	ニフェジピン
ノルフロキサシン	オフロキサシン
ノルフロキサシン	ナジフロキサシン
ノルフロキサシン	レボフロキサシン
ハロペリドール	ブロムペリドール
ヒアルロン酸ナトリウム	アルギン酸ナトリウム
ビカルタミド	フルタミド
ビベリデン塩酸塩	エベリゾン塩酸塩

②一般名が2文字違いの組み合わせ（一般名1：五十音順）続き

一般名1	一般名2
ピロキシカム	アンピロキシカム
フェロジピン	ニフェジピン
プラバスタチンナトリウム	フルバスタチンナトリウム
フルコナゾール	ケトコナゾール
フルコナゾール	ラノコナゾール
フルタミド	ビカルタミド
フルタミド	フロセミド
フルニトラゼパム	ニトラゼパム
フルバスタチンナトリウム	プラバスタチンナトリウム
プロカテロール塩酸塩	ツロブテロール塩酸塩
フロセミド	アゾセミド
フロセミド	フルタミド
プロチゾラム	エチゾラム
プロマゼパム	ロラゼパム
ブロムペリドール	ハロペリドール
ベクロメタゾンプロピオン酸エステル	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル
ミコナゾール硝酸塩	イソコナゾール硝酸塩
ミドドリン塩酸塩	リトドリン塩酸塩
メキタジン	メサラジン
メキタジン	ロラタジン
メサラジン	メキタジン
ラノコナゾール	ケトコナゾール
ラノコナゾール	フルコナゾール
ラフチジン	シメチジン
ラフチジン	ニザチジン
リスペリドン	ドンペリドン
リトドリン塩酸塩	ミドドリン塩酸塩
レボフロキサシン	オフロキサシン
レボフロキサシン	ナジフロキサシン
レボフロキサシン	ノルフロキサシン
ロラゼパム	クアゼパム
ロラゼパム	ジアゼパム
ロラゼパム	ニトラゼパム
ロラゼパム	プロマゼパム
ロラタジン	メキタジン
硝酸イソソルビド	イソソルビド



【別添2】

医政発 0129 第 3 号  
薬食発 0129 第 5 号  
平成 22 年 1 月 29 日

都道府県知事  
各 保健所設置市長 殿  
特別区長

厚生労働省医政局長

厚生労働省医薬食品局長

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について  
(周知依頼)

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記につきましては、平成 21 年 5 月に厚生労働省に設置されました「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」において、医療安全の観点から、内服薬処方せんの記載方法に係る課題やその標準化等、今後の処方せんの記載方法の在り方について、これまで 5 回にわたり幅広く検討が行われ、今般、別添のとおり報告書が公表されたところです。

本報告書では、処方せんの記載方法が統一されていないことに起因した記載ミス、情報伝達エラーを防止する観点から、「内服薬処方せん記載の在るべき姿」が取りまとめられ、今後、本報告書を基に、内服薬処方せんの記載方法の標準化に向けた取組について関係者に協力を求めることとしています。

貴職におかれましては、本報告書の内容を御確認の上、管下関係機関等に対し、周知方お願いいたします。

(留意事項) 本通知の内容については、貴管下医療機関等の医療に係る安全管理のための委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品の安全使用のための責任者等に対しても周知されるよう御配慮願います。



(別添)

# 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会

## 報告書

平成22年1月

厚生労働省

## 1. 内服薬処方せんの記載に関する現状と課題

我が国において、医師及び歯科医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要がある場合には、患者等に対して処方せんを交付する義務があり、処方せんに記載すべき事項は関係法令において一定程度示されている（参考1）。しかしながら、医師、医療機関の間で統一された記載がなされておらず、多様な記載がなされているのが現状である（参考2）。

このため、平成14年度より、厚生労働科学研究において、処方せん記載方法の標準化に向けた検討がなされ、あわせて、財団法人日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業において、薬剤に関する医療事故並びに与薬準備及び処方・与薬に関するヒヤリ・ハット事例の具体例を収集し、必要に応じて個別事例について注意喚起が行われてきたところである（参考3）。

また、平成17年6月に、医療安全に関する対策の企画、立案等の審議を行い、医療安全の推進を図ることを目的として設置された医療安全対策検討会議において、「処方せんの記載方法等に関する意見」が医政局長あてに提出された（参考4）。その中で、医師、医療機関の間で処方せんの記載方法等が統一されていないことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故は後を絶たない状況にあり、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきとの指摘がなされた。

さらに、平成17年度厚生労働科学研究において、「情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案」が示され、引き続き、平成20年度まで調査・検討が重ねられてきたところである。

これらを受け、平成21年5月に、厚生労働省に「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）を設置し、医療安全の観点から、内服薬処方せんの記載方法に係る課題やその標準化等、今後の処方せんの記載方法の在り方について、これまでに5回にわたり幅広く検討を行ってきたところである。



## 2. 本検討会における主な議論

本検討会は、平成 20 年度厚生労働科学研究「処方せんの記載方法に関する医療安全対策の検討」において公表された「情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案」（以下「標準案」という。）を議論のたたき台として検討を行ってきた（参考 5）。

標準案の中で、「薬名」については、販売名又は一般名（原薬名）とされ、「分量」については、1 回内服量（以下「1 回量」という。）で記載し、用法・用量として 1 日服用回数、服薬時期及び服用日数を記載するとされている。

「分量」については、これまで、内服薬のように 1 日分の服用量を表す場合と、頓服薬のように 1 回分の服用量を表す場合とがあり、また、「用量」については、薬剤の服用日数を意味する場合や、薬剤の服用総量を意味する場合があるとの議論がなされた。現行の法令等の規定においても、内服薬の「分量」については、1 日内服量（以下「1 日量」という。）を記載することとされているが、「用法」及び「用量」については、「用法」と「用量」とを明確に分けた定義がなされていないとの議論がなされた。その上で、処方せんには服用回数、服用のタイミング、服用日数等の「用法・用量」<sup>1</sup>を記載することが確認された。

内服薬処方せん記載の実態としては、「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）において、処方せんの記載事項は 1 日量と 1 回量との両方を記載することとされているが、実際には、この規定は必ずしも遵守されておらず、多様な記載がなされている現状が確認された。

このため、現行の法令等の意義を認識しつつも、将来的には、「薬名」については、薬価基準に記載されている製剤名<sup>2</sup>を記載することを基本とすべきであること、「分量」については、注

---

<sup>1</sup>本報告書における「用法・用量」は、処方せんの記載に不可欠な服用回数、服用のタイミング、服用日数等をいうのであって、医薬品の添付文書の記載に見られる「用法・用量」とは必ずしも一致しない。

<sup>2</sup>薬価基準に記載されていない医薬品については、販売名又は原薬名に剤形・規格を付記した名称。

射薬等と同様に、内服薬についても1回量を記載することを基本とすべきであること、1日量から1回量による記載方法へと変更する際の移行期間には、処方時、調剤時及び与薬時の過誤に対する懸念があり、医療事故を防ぐための取組が必要であること等が議論された。

散剤<sup>3</sup>及び液剤<sup>4</sup>の「薬名」及び「分量」については、従来「g (mL) 記載は製剤<sup>5</sup>量、mg 記載は原薬<sup>6</sup>量」のように、慣例的に重量(容量)単位により判別・記載している例もあったが、薬名は製剤名、分量は製剤量を記載することを基本とすべきであり、例外的に、分量を原薬量で記載した場合には、必ず【原薬量】と明示することとすべきとの議論がなされた。

「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、「×3」、「3×」等の情報伝達エラーを惹起する可能性のある紛らわしい表現を排除し、「1日3回朝昼夕食後」のように、日本語で明確に記載することにより標準化を図るべきとの議論がなされた。

その他、医療従事者の教育や薬剤の添付文書等の記載等についても対応が必要であるとの議論がなされた。また、医療システムメーカーの立場である保健医療福祉情報システム工業会に対してヒアリングを行い、処方せんの記載方法の標準化に向けた協力を得られることとなった。

さらに、現行の処方せん様式について、特に手書きで処方せんを記載する場合、情報伝達エラーを防止するため、医療機関の実情に即し、罫線を設ける等により、必要な事項を網羅的に記載する工夫が必要であるとの提言がなされた(参考6)。

本報告書では、これらの議論を踏まえ、内服薬処方せんの記載方法を標準化することが必要であるとの考えから「内服薬処方せん記載の在るべき姿」を取りまとめ、可及的速やかに着手し、その後も継続的に実施すべき方策については、「短期的方策」として示し、全ての医療機関において速やかに対応することが困難な場合があることも踏まえ、長期的な視点に立って取り

---

<sup>3</sup>原薬に賦形剤、結合剤、崩壊剤等の添加剤を加えて粉末又は微粒状に製したものを。

<sup>4</sup>原薬をそのまま用いるか、又は溶剤に溶解して用いる、液状の内用液又は外用液。

<sup>5</sup>医薬品の原薬に賦形剤等を加え、使用するのに適当な形にしたもの。

<sup>6</sup>医薬品に含まれる物質のうち、生体の生理的調節機能に対して作用する物質。有効成分。

組むべき方策については「長期的方策」として示すとともに、「移行期間における対応」についても整理した。

### 3. 内服薬処方せん記載の在るべき姿

処方せんの記載方法が統一されていないことに起因した記載ミス、情報伝達エラーを防止する観点から、患者、医療従事者を含め、誰が見ても記載内容を理解できる処方せんの記載方法を標準化し、医師法、歯科医師法等の関連法規との整合性を含め、我が国の全ての医療機関において統一された記載方法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、処方せんに、薬名、1回量、1日量、1日の服用回数、服用のタイミング及び服用日数等の事項を全て記載することであるが、現状では限られた時間で全て記載することは困難であるとの指摘もある。

このため、「内服薬処方せん記載の在るべき姿」として、以下のような基準を示すものとする。

- 1) 「薬名」については、薬価基準に記載されている製剤名を記載することを基本とする。
- 2) 「分量」については、最小基本単位である1回量を記載することを基本とする。
- 3) 散剤及び液剤の「分量」については、製剤量（原薬量ではなく、製剤としての重量）を記載することを基本とする。
- 4) 「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載することを基本とする。
- 5) 「用法・用量」における服用日数については、実際の投与日数を記載することを基本とする。<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>休薬期間のある場合、それが一意的に解釈できるように明示する。

#### 4. 内服薬処方せん記載方法の標準化に至る短期的方策

「3. 内服薬処方せん記載の在るべき姿」に基づき、まず、可及的速やかに着手すべき方策として実施すべきものを示す。

- 1) 処方オーダリングシステム、電子カルテシステム等（以下「処方オーダリングシステム等」という。）の処方入力画面については、1回量又は1日量のいずれを基本とした入力方法であっても、同一画面上において、1回量と1日量とを同時に確認できることとする。なお、処方入力画面への入力方法については、現行は医療システムメーカーによって入力方法が異なるが、今後は医療システムメーカーによらず標準的な入力方法になるよう、保健医療福祉情報システム工業会等の業界団体に協力を求めていく。
- 2) 処方オーダリングシステム等により出力された処方せんには、1回量及び1日量の両方が併記されることとする。
- 3) 散剤及び液剤の「薬名」及び「分量」については、従来「g（mL）記載は製剂量、mg記載は原薬量」のように、慣例的に重量（容量）単位により判別・記載している例もあったが、薬名を製剤名で記載し、分量は製剂量を記載することを基本とする。例外的に、分量を原薬量で記載した場合には、必ず【原薬量】と明示する。
- 4) 「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、「×3」、「3×」等の情報伝達エラーを惹起する可能性のある紛らわしい表現を、「1日3回朝昼夕食後」のように日本語で明確に記載することにより、紛らわしい記載を速やかに是正する。なお、当分の間、1回量と1日量を併記する場合には、「分3」等の1日量を前提とした表現も許容する。
- 5) 「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、処方オーダリングシステム等において用いられる1回量による処方を前提とした標準用法マスタを作成し公表を行う。
- 6) 入院患者用の薬剤を調剤する際に、賦形<sup>8</sup>を行った場合には、薬剤師が、与薬する看護師等

---

<sup>8</sup>医薬品の取扱いや服用を容易にするために添加剤を加えること。乳糖やデンプンがよく用いられる。

に対し、賦形後の調剂量及び1回量を明確に伝達する必要がある。

- 7) 医師、歯科医師、薬剤師及び看護師の養成機関においては、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育を実施し、内服薬処方せんの標準的な記載方法を基に国家試験等へ積極的に出題する。<sup>9</sup>
- 8) 医師、歯科医師、薬剤師及び看護師の臨床研修等の卒後の教育においても、上記養成機関における対応等を踏まえ、医師臨床研修指導ガイドライン等に内服薬処方せんの標準的な記載方法を明記し、内服薬処方せんの標準的な記載方法に関する教育を可及的速やかに実施する。
- 9) 薬剤に関する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、分量、用法・用量等の記載方法について、関係団体等と協力の下に改訂を進める。
- 10) 手書きで処方せんを記載する場合には、現行の法令等の規定において、1日量及び1回量の両方を記載することとされていることに留意し、上記3)の散剤及び液剤における「分量」の記載並びに4)の「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングを日本語で明確に記載する対応を関係者に依頼し、調剤に際しては、薬剤師は疑義照会を徹底する。

---

<sup>9</sup>7) 及び8) の「内服薬処方せんの標準的な記載方法」とは、「3. 内服薬処方せん記載の在るべき姿」に示した1)～5) 及び「7. 処方例」の(在るべき姿)を意味する。

## 5. 内服薬処方せんの記載方法の標準化に至る長期的方策

次に、長期的な視点に立って取り組むべき方策として、実施すべきものを示す。なお、長期的方策とは、可及的速やかに着手すべきであるが、全ての医療機関において対応するには時間を要するため、各医療機関や各調剤薬局において計画的に実施していく必要があるものである。

- 1) 「分量」については、処方オーダリングシステム等の処方入力画面において、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し、かつ1回量と1日量についても同一画面で確認できることとする。また、処方オーダリングシステム等には、原則として服用回数・服用のタイミングに関する標準用法マスタを使用することとする。
- 2) 与薬の実施記録としての院内の看護システムにおいては、処方せんによる与薬の指示が患者に確実に実施されるために、最小基本単位である1回量を基本単位とすることを推進する。
- 3) 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するとともに、院外処方せんの利便性の向上に資するような、情報技術等（二次元バーコード等）の導入について検討する。

## 6. 移行期間における対応

内服薬処方せんの記載方法の標準化にかかる移行期間は短い方が望ましいが、中長期的な視点に立ち、計画的に実施していく必要がある。

厚生労働省は、関係者に対し本報告書の内容を周知するとともに、移行期間における留意事項に関する取組についても関係者に協力を求める。さらに、「内服薬処方せん記載の在るべき姿」の移行状況について、適宜、中間評価を行い具体的な対策を再検討しながら進めていくべきである。

移行期間において厚生労働省が実施すべきものを次に示す。

- 1) 本報告書に基づき、関係者に対し可及的速やかに各方策に着手するよう周知する。
- 2) 全ての医療機関等に対し、処方オーダリングシステム等の更新のタイミングに合わせて、
  - 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したシステムに切り換えていくよう促す。
- 3) 本報告書に準拠した処方オーダリングシステム等を可及的速やかに、全ての医療機関等に提供するべく、医療システムメーカーに協力を求める。
- 4) 内服薬処方せんの記載方法の標準化の進捗状況について、財団法人日本医療機能評価機構が実施している医療事故情報収集等事業及び薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の情報等を用いて、2～3年のうちに中間評価を行う。
- 5) 遅くとも5年後に、内服薬処方せんの記載方法の標準化の進捗状況等についての調査・研究を行い、対策について再検討する。



7. 処方例

1) 実際の処方例

フロモックス錠 100mg、メジコン錠 15mg、ムコソルバン錠 15mg 各 3 錠を  
1日3回に分けて朝昼夕食後に服用するように処方する場合

(現状)

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

(移行期間：1回量と1日量の併記)

フロモックス錠 100mg	1回 1 錠(1日 3 錠)
メジコン錠 15mg	1回 1 錠(1日 3 錠)
ムコソルバン錠 15mg	1回 1 錠(1日 3 錠)
1日 3回 朝昼夕食後	7 日分

(在るべき姿)

フロモックス錠 100mg	1回 1 錠
メジコン錠 15mg	1回 1 錠
ムコソルバン錠 15mg	1回 1 錠
1日 3回 朝昼夕食後	7 日分

2) 不均等投与の場合

プレドニン錠 5mg を 1 日量として全 7 錠を朝 4 錠、昼 2 錠、夕 1 錠の 3 回に分けて  
食後に服用するように不均等の量で処方する場合

(現状)

プレドニン錠(5mg)	7 錠(4-2-1)
分 3 毎食後	7 日分

(移行期間：1回量と1日量の併記)

プレドニン錠 5mg	朝 4 錠、昼 2 錠、夕 1 錠(1日 7 錠)
1日 3回 朝昼夕食後	7 日分

(在るべき姿)

プレドニン錠 5mg	1回 4 錠	1日 1回 朝食後	7 日分
プレドニン錠 5mg	1回 2 錠	1日 1回 昼食後	7 日分
プレドニン錠 5mg	1回 1 錠	1日 1回 夕食後	7 日分

### 3) 内服薬（散剤）の場合

テグレート細粒 50%を1日量として1.6g(原薬量として800mg)を1日2回に分けて朝夕食後に服用するように処方する場合

(現状)

テグレート細粒 50% 1日1.6g 分2 朝夕食後 14日分

(移行期間：1回量と1日量の併記)

テグレート細粒 50% 1回0.8g(1日1.6g)  
1日2回 朝夕食後 14日分

又は

カルバマゼピン(散剤) 1回400mg(1日800mg)【原薬量】  
1日2回 朝夕食後 14日分

(在るべき姿)

テグレート細粒 50% 1回0.8g  
1日2回 朝夕食後 14日分

### 4) 内服薬（液剤）の場合

ジゴシンエリキシル0.05mg/mLを1日量として6mL(原薬量として0.3mg)を1日3回に分けて朝昼夕食後に服用するように処方する場合

(現状)

ジゴシンエリキシル 0.05mg/mL 6mL  
分3 毎食後 7日分

(移行期間：1回量と1日量の併記)

ジゴシンエリキシル 0.05mg/mL 1回2mL(1日6mL)  
1日3回 朝昼夕食後 7日分

又は

ジゴキシリン(液剤) 1回0.1mg(1日0.3mg)【原薬量】  
1日3回 朝昼夕食後 7日分

(在るべき姿)

ジゴシンエリキシル 0.05mg/mL 1回2mL  
1日3回 朝昼夕食後 7日

5) 休薬期間のある場合

リウマトレックスカプセル 2mg を日曜 9 時、21 時及び月曜 9 時に 1 回 1 カプセル服用し、翌週の日曜 9 時に服用するまでを休薬期間とする処方（4 週間分）をする場合

(現状)

リウマトレックス(2mg) 2カプセル 毎週日曜  
分 2 日曜 9 時、21 時 4 日分(投与実日数)  
リウマトレックス(2mg) 1カプセル 毎週月曜日  
分 1 月曜 9 時 4 日分(投与実日数)

(移行期間：1 回量と 1 日量の併記)

リウマトレックスカプセル 2mg 1 回 1 カプセル(1 日 2 カプセル)  
日曜 9 時、21 時 4 日分(投与実日数)  
リウマトレックスカプセル 2mg 1 回 1 カプセル(1 日 1 カプセル)  
月曜 9 時 4 日分(投与実日数)

(在るべき姿)

リウマトレックスカプセル 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

6) その他（1 日量 1.0g 又は 2.0g を 1 日 3 回に分けて処方する場合）

(現状)

酸化マグネシウム 1g  
分 3 毎食後 14 日分  
マーズレン S 配合顆粒 2g  
分 3 毎食後 14 日分

(移行期間：1 回量と 1 日量の併記)

酸化マグネシウム 1 回 0.33g 1 日 1g  
分 3 朝昼夕食後 14 日分  
マーズレン S 配合顆粒 1 回 0.67g 1 日 2g  
分 3 朝昼夕食後 14 日分

(在るべき姿)

酸化マグネシウム 1 回 0.33g  
1 日 3 回 朝昼夕食後 14 日分  
マーズレン S 配合顆粒 1 回 0.67g  
1 日 3 回 朝昼夕食後 14 日分

【注】現状においてもマーズレン S 配合顆粒、沈降炭酸カルシウム、(0.67g 分包)、重質酸化マグネシウム (0.33g 分包) 等があり、0.01g の差が薬効等において問題となる例は見受けられない。

処方せんに関する法令の規定について

医師法(昭和23年法律第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二十四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。

(略)

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(昭和23年法律第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。

(略)

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。

薬剤師法(昭和35年法律第146号)

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。

第二十四条 薬剤師は、処方せん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。

保険医療機関及び保険医療費担当規則(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。

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。

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。

## 処方例についての記述事項の種類及びその件数

## 【内用錠剤の処方例】

降圧薬のニルバジピンを原薬量として4mgを1日2回に分けて朝食後と夕食後に服用するよう処方したい。ニルバジピン錠2mgの製品（製品名：ニバジール錠2mg）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

## 【研究班の想定した現状（1日量）での記載例】

ニバジール錠2mg 2錠 分2 朝夕食後 14日分

## 【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ニバジール錠2mg 1錠 1日2回朝夕食後 14日分

薬品名	件数	分量	件数	日数	件数
ニバジール(2)	35	2T	68	14日分	35
ニバジール(2mg)	19	2錠	16	/14T	9
ニバジール錠2mg	11	2tab	5	14TD	7
ニルバジピン(2)	9	4mg	3	(14)	5
ニバジール錠(2mg)	8	(2T)	2	14T	5
ニバジール2mg	7	2C	1	14日	5
ニルバジピン(2mg)	3	II	1	×14日分	4
ニバジール錠(2)	2	4T	1	/14TD	2
ニバジール	1	記載なし	1	/14Td	2
ニハルジピン(2mg)	1			／14日分	2
ニルバジピン	1			×(14)	2
ニルバジピン錠2mg	1			×14T	2
				14	1
				G14TD	1
				/14ds	1
				×14days	1
				×14TD	1
				×14日	1
				○月○日から14日間	1
				14d	1
				14Td	1
				⑭	1
				g14TD	1
				g14TH	1
				g14TM	1

出典：処方せんの記載方法に関する医療安全対策の検討（主任研究者：齋藤壽一）  
平成18年度厚生労働科学研究報告書

【内用・散剤の処方例】

心不全治療薬のジゴキシンを原薬量として0.15mgを1日3回に分けて毎食後に服用するよう処方したい。ジゴキシ散0.1%の製品（製品名：ジゴシン散0.1%）を14日分処方する場合、処方せんにはどのように記載されますか？

【参考：研究班提案する標準案（1回量）での記載例】

ジゴシン散0.1% 0.05g 1日3回 毎食後 14日分

薬品名	件数
ジゴシン散(0.1%)	37
ジゴキシ散(0.1%)	16
ジゴシン散	8
ジゴキシ	6
ジゴキシ散	5
0.1%ジゴキシ散	5
ジゴシン1000倍散	2
ジゴシン散0.1% (1mg/g) 2	
(以下は件数1件のもの)	
ジゴシン散0.1, ジゴシン(0.1)	
ジゴキシ (0.1)	

分量	件数
0.15mg	40
0.15g	12
1.5g	6
150mg	4
0.15mg 力価	4
0.15	2
(以下は件数1件のもの)	
0.15mg (ジゴキシとして), 0.15g(0.15mg)	
5mg, 1.5mg, 0.45mg, 0.45(g), (0.15mg)	
0.15g (力価として0.15mg), (0.05mg) 3P	
0.15mg または 0.15g, 0.15mg (原末)	
0.15mg(成分量), 0.15mg (実薬量), 1.5	
0.15mg 原薬量で記載, 0.15(0.15mg)	

用法	件数	
3xN	14	(以下は件数1件のもの)
3x	7	
3xndE	6	
1日3回毎食後	4	
分3后	3	
分3後	3	
分3各食後	2	
3x 毎食後	2	
3x 食後	2	
3x1	2	
1日3回朝・昼・夕食後	2	
/分3 食後	2	
/3xnde	2	
/3xn	2	
/3x	2	

毎食後すぐ, 分子毎食後, 分3 毎食後, 分3  
 分3 : 朝昼夕食後30分, 分×3 毎食後  
 3回 : 朝・昼・夕食後, 3x 朝、昼、夕食後  
 3X 各食後, 3x后, 3x1 毎食後,  
 [分3]1日3回毎食後, /毎食後  
 /分3 後, /分3 nde, /分3, /Nx, /N3x1  
 /3 食後, /3x 毎食後, /3 nde, 空欄

出典：処方せんの記載方法に関する医療安全対策の検討（主任研究者：齋藤壽一）  
 平成18年度厚生労働科学研究報告書



財団法人 日本医療機能評価機構



No.9 2007年8月

## 製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています(集計期間: 2004年10月1日~2007年3月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。**

### 指示内容

セレニカR 顆粒40% 注) 1日1250mg

#### 医師が意図した指示内容

有効成分の量として  
1日500mg (1250×0.4) の処方を意図  
∴製剤の総量=1250mg  
を指示

#### 薬剤師の指示内容の解釈

有効成分の量として  
1日1250mg の処方と解釈  
∴製剤の総量=3125mg (1250÷0.4)  
を調剤

注) 有効成分: パルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬剤〉 アレピアチン散10% フェノバル散10% など



## 製剤の総量と有効成分の量の間違い

### 事例 1

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として『セレニカR 1.25g分2朝・夕』（有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当）と記載されていた。医師は同一内容の処方箋を意図してオーダー画面に『セレニカR顆粒40% 400mg/g 1250mg 朝・夕食後』と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分（バルプロ酸ナトリウム）の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40% 3125mgを調剤した。家族から患者に嘔吐などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。

### 事例 2

患者は呂律がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノートに記載された『フェノバル散10% 1.5g/日』を見て同一内容の処方箋を意図して『フェノバル散10% 1500mg/日』と指示したところ、当院薬局では慣例として、『g』表示の場合は製剤の総量を、『mg』表示の場合は有効成分の量を意味したため、調剤の過程で、『mg』単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

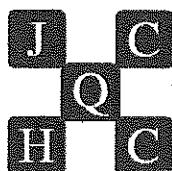
#### 事例が発生した医療機関の取り組み

**処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



財団法人 日本医療機能評価機構



No.18 2008年5月

## 処方表記の解釈の違いによる 薬剤量間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いが3件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日~2008年3月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**「3×」や「分3」の表記を  
3倍と解釈したことによる  
薬剤量の間違いが報告されています。**

〈事例1のイメージ図〉

診療録に記載された  
処方内容

リン酸コデイン 10%  
60mg 3×

医師Aが  
意図した処方内容

1日投与量 60mg、1日3回投与、1回20mg

医師Bが解釈し  
実際に処方した内容

1日投与量 180mg、1日3回投与、1回60mg

## 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

### 事例 1

呼吸器科の医師Aは、皮膚科で入院している患者を主治医Bの依頼により診察した。医師Aは、リン酸コデイン10% 1日投与量60mgを1日3回に分けて1回20mg投与を意図して、診療録に「リン酸コデイン10% 60mg、3×をお願いします」と記載した。主治医Bは診療録の「3×」の記載を見て、1日投与量180mgを1日3回に分けて1回60mg投与だと解釈し、「リン酸コデイン180mg 分3」と処方し、患者に投与した。

### 事例 2

患者は他科から処方されていたアレビアチン250mg(1日量)を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレビアチンを点滴に変更した。記載された内服指示の「アレビアチン250mg 分3」を注射指示にする際、「1回250mgを1日3回投与」だと勘違いして指示を出し、患者に投与した。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

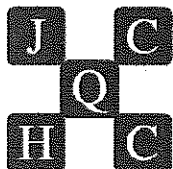
**処方の際は、記載されている量が1日量か1回量かがわかるよう明確に記載する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

(参考4)

平成17年6月8日

厚生労働省医政局長  
岩尾總一郎殿

処方せんの記載方法等に関する意見

医療安全対策検討会議  
座長 高久史磨

本検討会議は、医療安全対策について議論を重ね、今般、処方せんの記載方法等に関し、別添のとおり意見をとりまとめたので、これを報告する。

## 処方せんの記載方法等に関する意見

当検討会議においては、医療安全対策について検討を行ってきたところであるが、ヒューマンエラー部会から処方せんの記載方法等についての意見が提出されたため、これに基づき議論を行ったところである。

処方せんについては、医師法等に基づき記載が行われているが、記載方法、記載項目等については、医師、医療機関の間で統一されておらず、そのことに起因した処方せんの記載ミス、記載漏れ、指示受け間違い等のヒヤリ・ハット事例や医療事故が後を絶たない状況にある。

このような認識の下、当検討会議としては、医療安全の観点からも、記載方法、記載項目の標準化を含めた処方せんの記載等に関する検討を早急に行うべきであるという結論に達したところである。

厚生労働省においては、本件について適切に対応されることを強く期待するものである。

情報伝達エラー防止のための処方に関する記載についての標準案(平成20年度研究)

1 「薬名」について

薬名は販売名または一般名(原薬名)を記載する。

ブランドを指定する場合においては、「ブランド名」、「剤形」、「規格・含量(配合剤の場合を除く)」の3要素を必ず含むように記載する。

2 「分量」「用法」「用量」について

(1) 内用薬

分量は1回服用量で記載し、用法・用量として1日服用回数、服薬時期、服用日数を記載する。

散剤、液剤において薬名を販売名で記載した場合には、分量は製剤量(薬剤としての重量)で記載する。

散剤、液剤において薬名を一般名(原薬名)で記載した場合には、分量は原薬量で記載する。

尚、ラキソベロン液等については総量(本数等)も記載する。

(例外)漢方生薬(浸煎剤、湯剤)の分量については1日量を記載する。

(2) 外用薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用部位、使用日数を記載する。

坐薬等の分量は1回量を記載し、用法(回数・使用時期・使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

外用液剤の分量は1回量を記載し、用法(回数、使用時期、使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

(3) 注射薬

分量は1回量を記載する。

(4) 在宅自己注射薬

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用日数を記載する(使用量が使用時期により異なる場合には使用量を使用時期毎に定めて記載する)とともに、総量(本数等)も記載する。

尚、過渡期においては1回量で記載しているのか1日量で記載しているのかを明示することが必要である。また、現状で1日量を記載している場合の用法として「1日3回」等の表現は不適切である。「分3」あるいは「1日3回に分けて」と表記することが必要である

(参考6)

【注意】この様式は参考例であり、新たに様式を示したものではありません。

# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

患者番号  
 氏名 様  
 生年月日 性別  
 診察料 発行年月日

① 外来診療科 → ② 計算窓口 → ③ 薬剤科受付 → ④ 院内受付

公費負担者番号									保険者番号								区	<input type="checkbox"/> 院内		
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								分	<input type="checkbox"/> 院外		
フリガナ氏名									性別	区	分	被保険者	被扶養者							
生年月日	年	月	日	日生								保険医療機関(療養取扱機関)の所在地及び名称								
処方せん交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間の記載なき場合は、発行の日を含め4日間有効								電話番号 診療科 保険医師名							
処方せん使用期間	平成	年	月	日																
薬品名										分量			用法・用量			調剤日数				
備考																	会計処理確認印			
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																	薬剤科監査印			
保険医署名																				
調剤年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号															
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師名				公費負担医療の受給者番号																

(別紙)

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会委員名簿

( 五十音順 / ○ : 座長 )

- |         |   |
|---------|---|
| 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<br>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                     |
| 望月 正隆   | 東京理科大学薬学部薬学科教授                          |
| 森山 寛    | 東京慈恵会医科大学附属病院長                          |



事務連絡  
平成29年5月26日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その11）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第52号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）等により、平成28年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添3のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

## 医科診療報酬点数表関係

### 【認知症疾患医療センター】

(問1) 平成29年度より、認知症疾患医療センターについて、従来の「診療所型」の設置要件に病院が追加され、「連携型」に区分が改正されたが、認知症疾患医療センター「連携型」への鑑別診断を目的とした紹介や、認知症疾患医療センター「連携型」での鑑別診断等について、以下の項目を算定することができるか。

- ① 診療情報提供料（I）認知症専門医紹介加算
- ② 認知症専門診断管理料1「診療所型」
- ③ 認知症療養指導料

(答) ①については、鑑別診断を目的に認知症疾患医療センターへ患者を紹介した場合について、認知症疾患医療センターの区分を問わず、紹介元の保険医療機関において算定できる。

②と③については、認知症疾患医療センター「連携型」のうち、診療所である場合にのみ、算定できる。

なお、認知症疾患医療センターの区分が明らかでない場合には、これらの診療報酬を算定するのに先立ち、都道府県の担当部局に確認すること。

### 【認知症薬】

(問2) 認知症治療薬について、患者の症状等により添付文書の増量規定<sup>(※)</sup>によらず当該規定の用量未満で投与した場合、当該用量未満の認知症治療薬の取扱いはどのようになるか。

※ 例えば、ドネペジル塩酸塩錠については、添付文書の「用法・用量」欄において、「通常、成人にはドネペジル塩酸塩として1日1回3mgから開始し、1～2週間後に5mgに増量し、経口投与する」と記載されている。

(答) 添付文書の増量規定によらず当該規定の用量未満で投与された認知症治療薬については、平成28年6月1日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡により審査支払機関に対して、一律に査定を行うのではなく、診療報酬明細書の摘要欄に記載されている投与の理由等も参考に、個々の症例に応じて医学的に判断するよう連絡している。

### 【一般名処方加算】

(問3) 区分番号「F400」処方せん料の注7に規定する一般名処方加算について、一般的名称で処方薬が記載された処方せんに、医療安全の観点から類似性等による薬の取り違えを防ぐ目的の参考情報として、一般的名称に先発品又は後発品の銘柄名を併記する場合は、当該加算は算定可能か。

(答) 算定可能である。

一般名処方加算は、一般的名称による処方せんを交付した場合に限り算定できるものであり、医師が個別の銘柄にこだわらずに処方を行っていることを評価した点数である。したがって、この場合に併記される銘柄名は、処方薬に係る参考情報であることから、個別銘柄の指定と誤解されることのないよう、備考欄などに記載することが望ましい。

(参考)

この疑義解釈については、薬剤名の一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違え防止のための対応が課題とされた「平成27年度厚生労働科学研究内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」を踏まえ、その対応策の一つとして、類似性等による取り違えリスクが特に懸念される名称のものについては、先発品の使用が誘引されることがない範囲で、先発品や代表的な後発品の製品名等を参考的に付記する等の工夫が有効と考えられることを示した平成29年5月26日付け厚生労働省事務連絡「平成27年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要について（情報提供）」において医療機関等へ周知されることになったことに合わせて、個別の銘柄へのこだわりではなく医療安全の観点での銘柄名の併記による、一般名処方加算についての取り扱いを明確にしたものである。

### 【通院・在宅精神療法】

(問4) 区分番号「I002」通院・在宅精神療法については、注6により、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって以下の1つでも満たさない場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定するとされている。

<要件>

- 1 当該保険医療機関における3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。
- 2 当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。
- 3 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。

また、上記要件の「3 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等

によりやむを得ないものであること」については、留意事項通知により、区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであるとされている。

上記要件の1と2を満たしている保険医療機関において、区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(ニ)に該当し、患者の病状等によりやむを得ず4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合、通院・在宅精神療法について、所定点数の100分の100に相当する点数を算定することができるか。

(答) 算定できない。

区分番号「F100」処方料の留意事項通知(3)のアの(ニ)は、アの前段にあるとおり、3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限り適用されるものである。

したがって、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該(3)のアの(ニ)には該当せず、上記要件の3を満たさないこととなるため、通院・在宅精神療法は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとなる。

#### 【先進医療・患者申出療養】

(問5) 先進医療又は患者申出療養において発生した副作用等に係る診療の費用について、保険外併用療養費の支給はどのようなになるのか。

(答) 先進医療又は患者申出療養において発生した副作用等に係る診療については、原則として保険給付の対象である。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

【造血幹細胞採取】

（問1）区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うにあたり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

（答）本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の加算に該当するため、造血幹細胞採取にあたって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K921」造血幹細胞採取の所定の点数に当該薬剤の点数を加算する。

## 歯科報酬点数表関係

【医学管理等：歯科治療総合医療管理料、在宅医療：在宅患者歯科治療総合医療管理料】

(問1) 区分番号「B004-6」歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、区分番号「B004-6-2」歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、区分番号「C001-4」在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び区分番号「C001-4-2」在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)(以下、「歯科治療総合医療管理料等」)について、当該管理料の算定対象となる各区分の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合、歯科治療総合医療管理料等を算定できるか。

(答) 算定できる。ただし、この場合においては診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。