

我が国の医療安全施策の動向

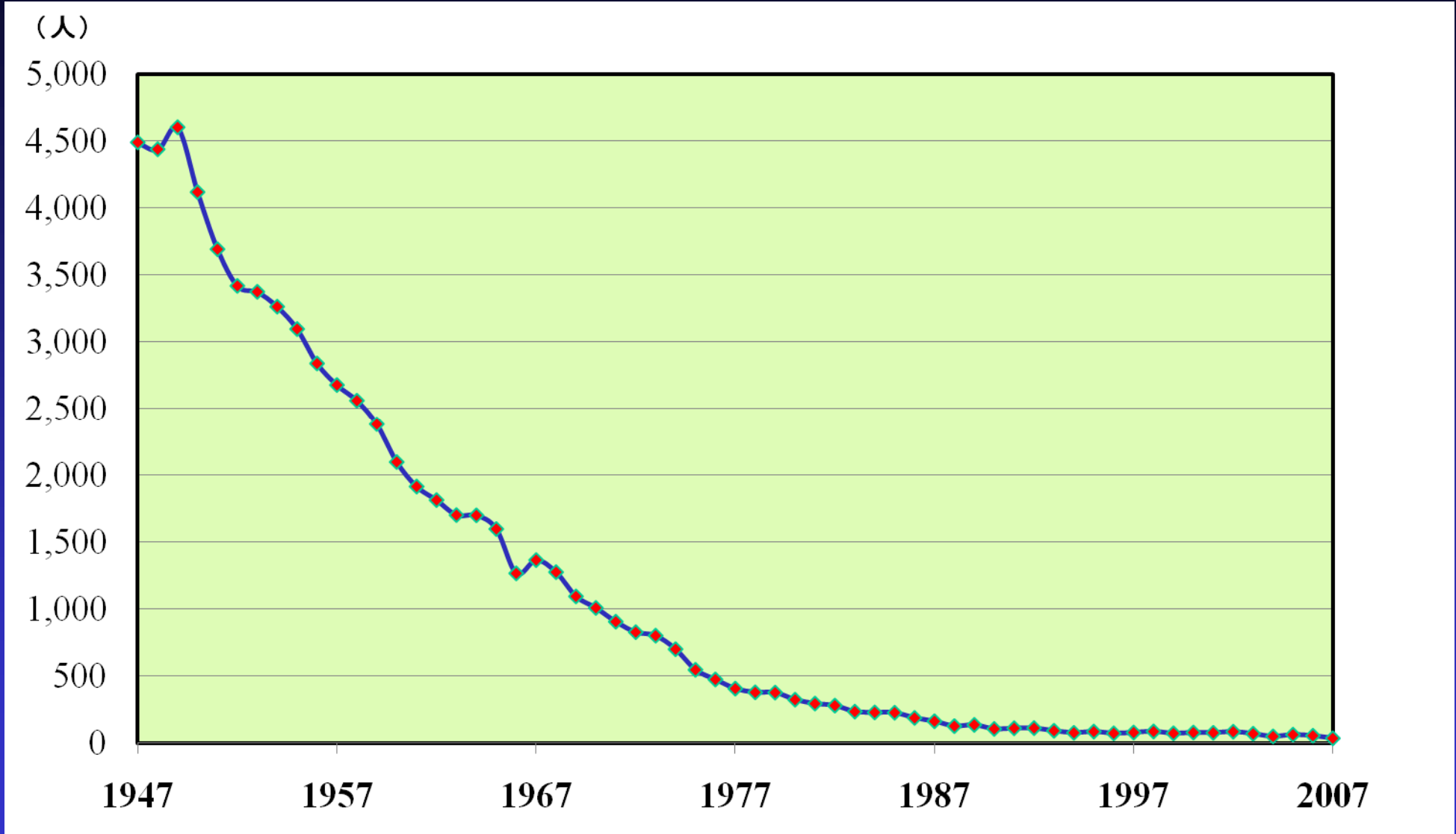
厚生労働省医政局
総務課医療安全推進室

目次

1. 医療事故等の現状
2. 医療安全に係るこれまでの動き
3. 医療安全に係る取り組み

1. 医療事故等の現状

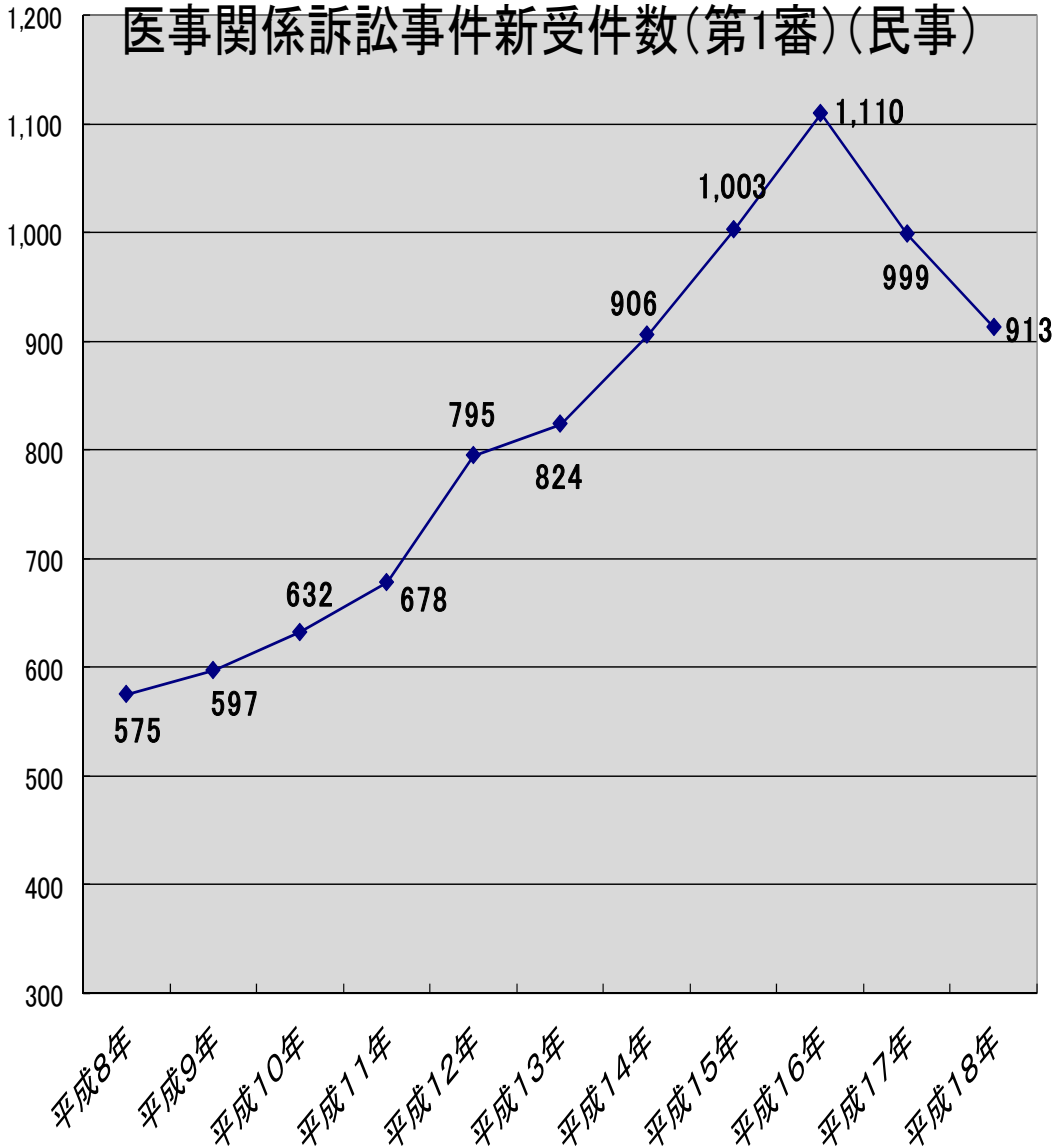
妊産婦死亡数の年次推移



出典：厚生労働省『人口動態統計』（ただし1947年～1972年は沖縄県を含まない）

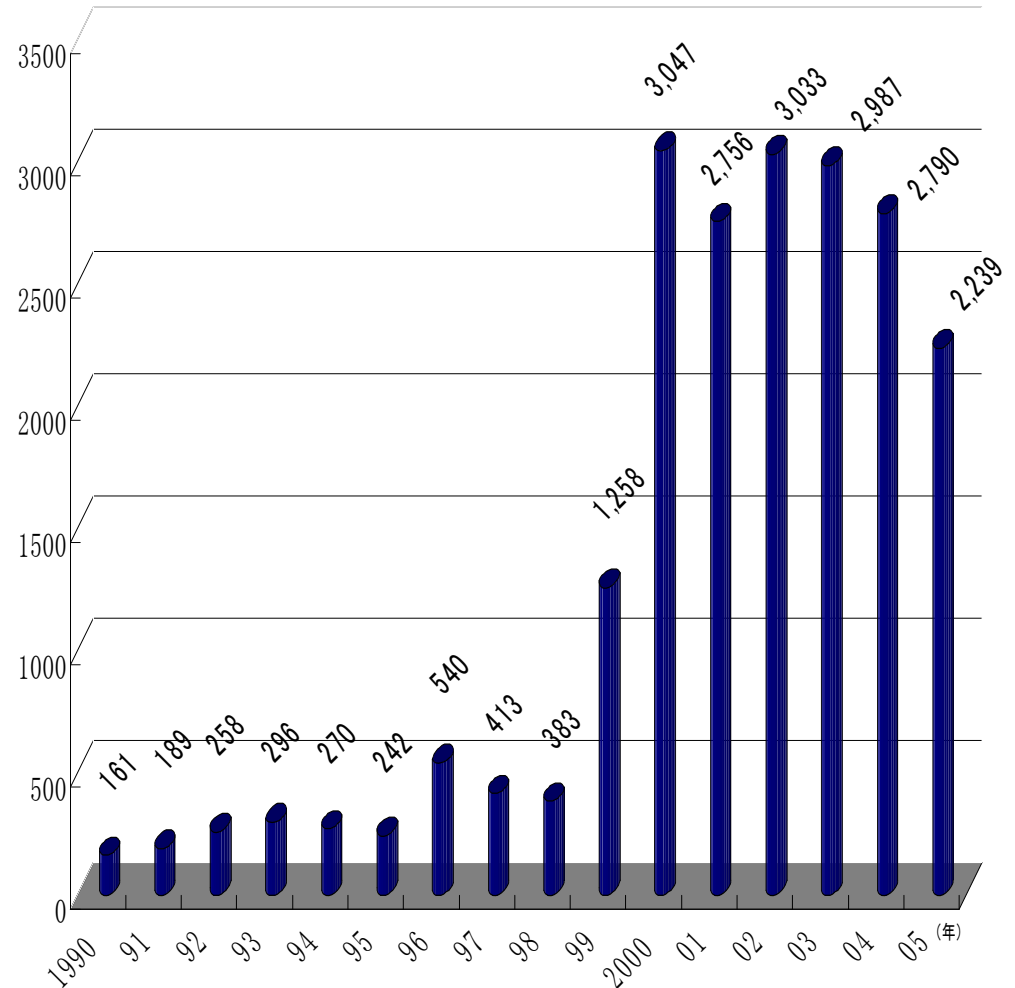
医療事故に係る紛争の状況

医事関係訴訟事件新受件数(第1審)(民事)



※平成16年までの数値は、各裁判所からの報告に基づくものであり、概数である

「医療事故」の主要新聞における登場記事数



出所: 日経テレコン21

(黒川清, 大学病院革命, 日経BP社, 2007より)

「医療安全」のきっかけとなった医療事故

○ 1999年(平成11年1月)

横浜市立大学附属病院において 患者を取り違え、入院目的と異なる手術が施行される事故が発生、社会問題化

○ 1999年(平成11年2月)

都立広尾病院で 血管内に消毒薬を誤注入

○ 2000年(平成12年2月)

京大病院で 人工呼吸器の加湿器へのエタノール誤注入

○ 2000年(平成12年4月)

東海大病院での 静脈内への内服薬誤注入事故

京都大学エタノール事件

2000年2月

- 小児用人工呼吸器の加湿器に滅菌精製水を注入すべきところ、
- 消毒用エタノールを注入。
- 2日間にわたりエタノールを注入しつづけ、
- 患者は死亡。

京都大学エタノール事件

- 「エタノール5L容器」と「滅菌精製水4L容器」
- 容器の形状が極似
- 呼吸器の下に設置、容器のラベルは死角に

To Err is Human

「人は誰でも間違える」

1999 Institute of Medicine

- 「人は誰でも間違える」ことを前提に、間違っても(事故をおこしても)障害に至らないようにするにはどうすればよいかを提言
- 「重要なことは、個人を攻撃して起こってしまった誤りととやかくいうのではなく、安全を確保できる方向にシステムを設計し直し、将来のエラーを減らすように専心することである。」

医療事故の見方

1990年代

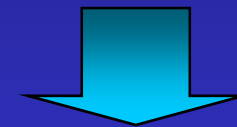
医療事故はあってはならないこと



個々人の注意で防ぐことができる

2000年以降

医療事故は起こりうること



チームや組織全体の在り方を改善しなければ、事故は防止できない

2. 医療安全に係るこれまでの動き

国の医療安全施策の経緯

- 2001年(平成13年)
厚生労働省に医療安全推進室が設置、医療安全対策検討会議を開催。
- 2002年(平成14年)4月
医療安全対策検討会議により、「医療安全推進総合対策」報告書が取りまとめられ、日本の医療安全対策の基本的な考えが示された。
- 2002年(平成14年)10月
病院、有床診療所に、医療安全管理体制の整備を義務付け。
- 2003年(平成15年)4月、特定機能病院、臨床研修病院に、医療安全管理者の配置等を義務付け。
- 2006年(平成18年)6月
医療法において、無床診療所および助産所についても、医療安全管理体制の整備を義務付け。(平成19年4月施行)

医療法改正の経緯

1948年	医療法制定	医療水準の確保を図るため病院の施設基準等を整備
1985年	第一次改正	医療計画の創設
1992年	第二次改正	療養型病床群制度導入・特定機能病院制度導入
1997年	第三次改正	診療所への療養型病床群導入
2000年	第四次改正	病床区分見直し(療養病床と一般病床の区分)・医療情報提供の推進・臨床研修必修化
2006年	第五次改正	患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応、 医療安全の確保 、医療従事者の資質の向上、医療法人制度改革

第五次医療法改正

- 第1章 総則
- 第2章 医療に関する選択の支援等
- **第3章 医療の安全の確保**
- 第4章 病院、診療所及び助産所
- 第5章 医療提供体制の確保
- 第6章 医療法人
- 第7章 雑則
- 第8章 罰則
- 附則

4. 医療安全の確保（医療法）

～基本的考え方～

- ◎ 医療法において医療安全の確保にかかる医療機関の管理者の義務を規定することにより医療安全の確保という施策の方向を明示。
- ◎ 都道府県等が設置する医療安全支援センターについて医療法に位置づけ。
（都道府県等：都道府県、保健所を設置する市又は特別区）

【改正前】

- 医療法施行規則において、病院、有床診療所の管理者に対して安全管理体制の整備が義務づけられていた。
- 医療安全支援センターについて法律上の位置付けがなく、機能が明確でなかった。



【改正内容】

- ☆医療安全の確保に関する法律上の規定を新設。
- ☆具体的には、病院、有床診療所に加え、無床診療所及び助産所の管理者に対して、医療の安全を確保するための措置を義務づける。厚生労働省令において、以下のことを定められた。
 - 安全管理体制（院内感染制御体制、医薬品・医療機器の安全管理体制等を含む）の充実・強化
- ☆ 医療安全支援センターを医療法に位置づけた。
 - 都道府県等は医療安全支援センターを設置するよう努める。
 - 都道府県等は、医療安全支援センターの名称及び所在地を公示しなければならない。

医療法第6条の10

病院、診療所又は助産所の管理者は、(中略)、

1. 医療の安全を確保するための**指針の策定**、
2. 従業者に対する**研修の実施**
3. **その他の**当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための**措置**

を講じなければならない。

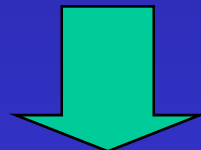
事故、ヒヤリ・ハット事例発生



安全管理のための委員会



事例分析・改善策の立案



院内研修による再発防止策の徹底

指針の策定

医療安全対策の推進について(平成22年度診療報酬改定)

医療安全対策の充実

医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



新

医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価
新 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

医薬品安全管理の評価

新

医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 →

100点

3. 医療安全に係る取り組み

医療事故情報収集等事業について

医療機関における事故等の範囲

医療法施行規則 第9条の23第1項第2号

次に掲げる医療機関内における事故その他の報告を求め
る事案(以下「事故等事案」という。)が発生した場合には、
当該事案が発生した日から二週間以内に、次に掲げる事項
を記載した当該事案に関する報告書(以下「事故等報告
書」という。)を作成すること。

イ 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、そ
の行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しく
は患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかつた、若
しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要し
た事案

報告書を求める項目

医療法施行規則 第9条の23第2項

事故等報告書には、次に掲げる事項を記載するものとする。

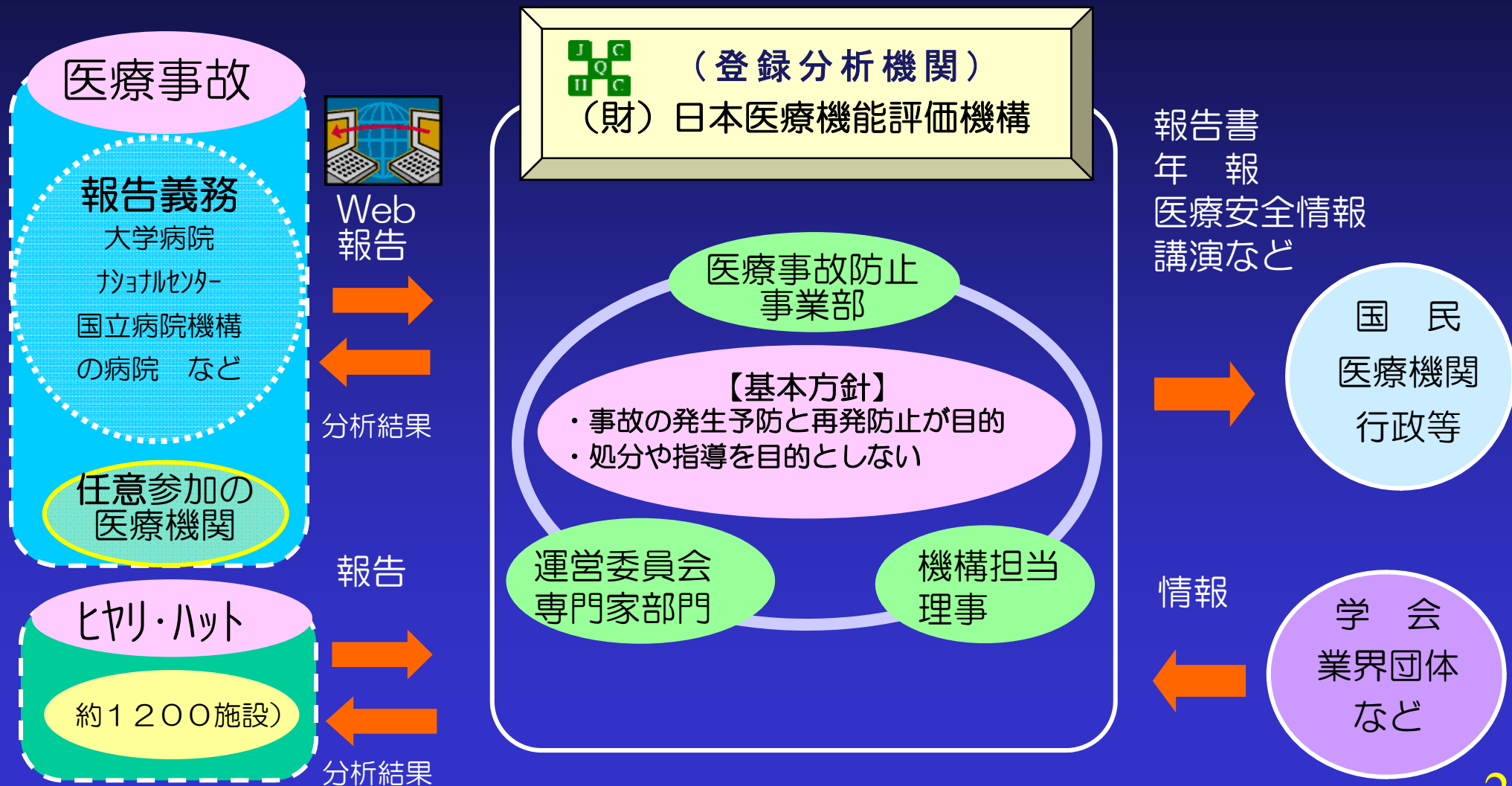
- 一 事故等事案が発生した日時、場所及び診療科名
- 二 性別、年齢、病名その他の事故等事案に係る患者に関する情報
- 三 職種その他の事故等事案に係る医療関係者に関する情報
- 四 事故等事案の内容に関する情報
- 五 前各号に掲げるもののほか、事故等事案に関し必要な情報

事故等報告書の提出

医療法施行規則 第12条

特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に、事故等分析事業を行う者であって、厚生労働大臣の登録を受けたもの(以下「登録分析機関」という。)に提出しなければならない。

医療事故情報報告システム



医療事故収集等事業

財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部



- 医療事故情報事例、ヒヤリ・ハット事例について
 - ◇事例収集
 - ◇事例分析
 - ◇報告書の公表
 - ◇特に注意喚起が必要な事例について
「医療安全情報」として情報提供

対象となる医療機関(平成21年12月時点)

○報告義務医療機関(273病院)

特定機能病院

大学病院(本院)

国立高度専門医療センター

国立ハンセン病療養所

独立行政法人国立病院機構の開設する病院

■参加登録申請医療機関(427病院)

報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

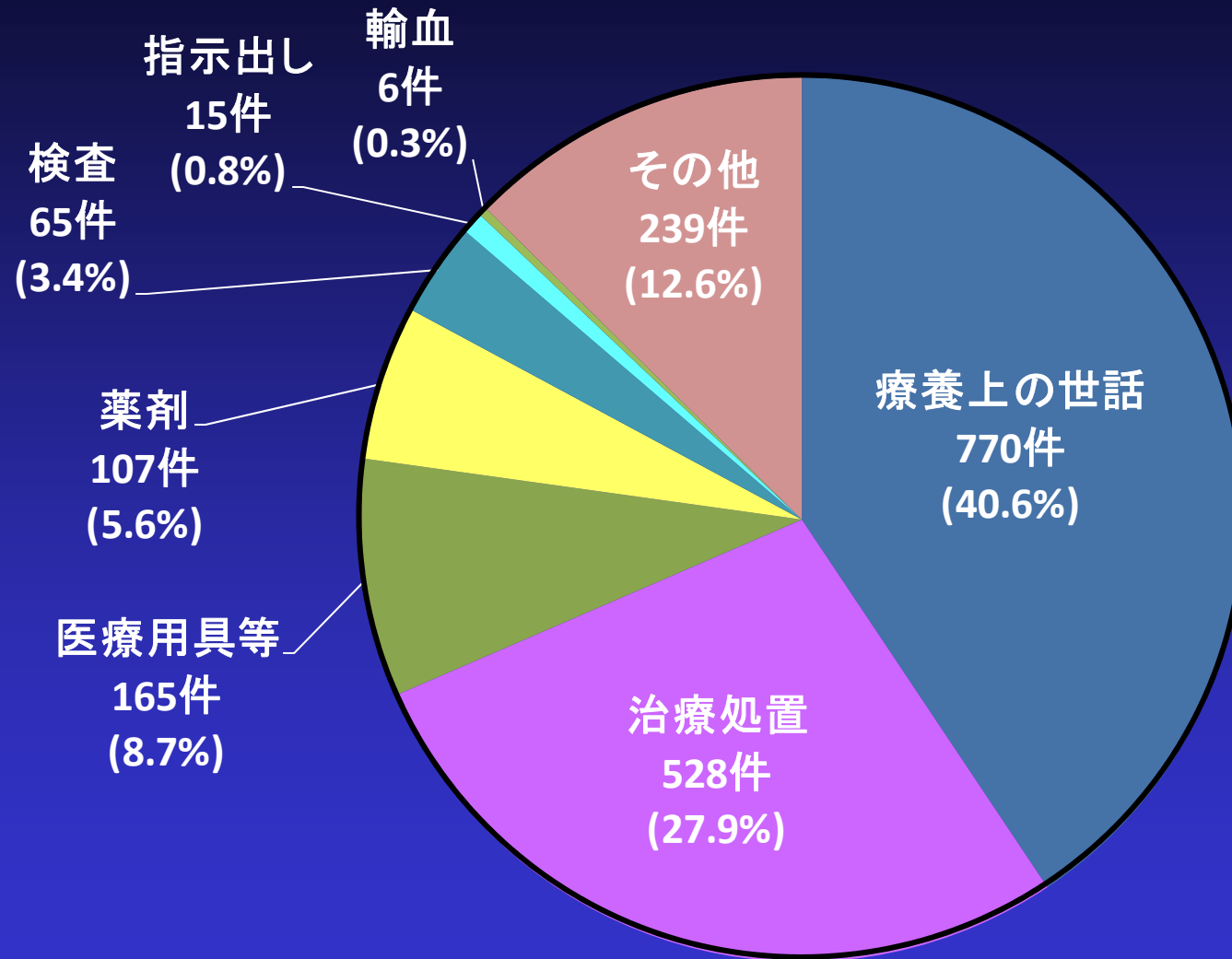
医療機関数 及び 事故報告件数

	登録病院数 (H21. 12. 31現在)	平成21年事故報告 件数	
		総数	死亡
合計	273	1,895	156

*平成21年12月31日現在の報告義務対象医療機関の病床数総計は144,019床である。

事故の概要による分類

(報告義務対象医療機関:平成21年1月~12月)



報告書の構成

医療事故情報収集等事業
第20回報告書

平成22年3月24日



財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

I 医療事故収集等事業の概要

II 報告の現況
全報告の集計表や図

III 医療事故情報等分析作業の現況
テーマ毎の集計表や図

医療安全情報の提供

[No.18. 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い]

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.18 2008年5月

JQHC 財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

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」の一部を掲載)。

**「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 80mg、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

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 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

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投与を兼用して、診療録に「リン酸コデイン10% 60mg、3×をお願いたします」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、1日アレビアチン[®]50mg(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」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(原簿管理情報事業)において収集された事例を元に、当事業の一環として専門家委員の意見に基づき、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://jqhc.or.jp/html/accident.htm#medsafe>

この情報の作成に当たり、作成9月に2007年3月31日時点で12万5千名を超えて25歳未満の子どもの内容を掲載し、かつ年齢を記載する2名ははなれず。

この情報は、医療従事者の職業を制限したり、医療従事者に過剰な責任を課したがるものではありません。

JQHC 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 東京都千代田区三越1-4-17 東京ビル10階
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://jqhc.or.jp/trm/index.htm>

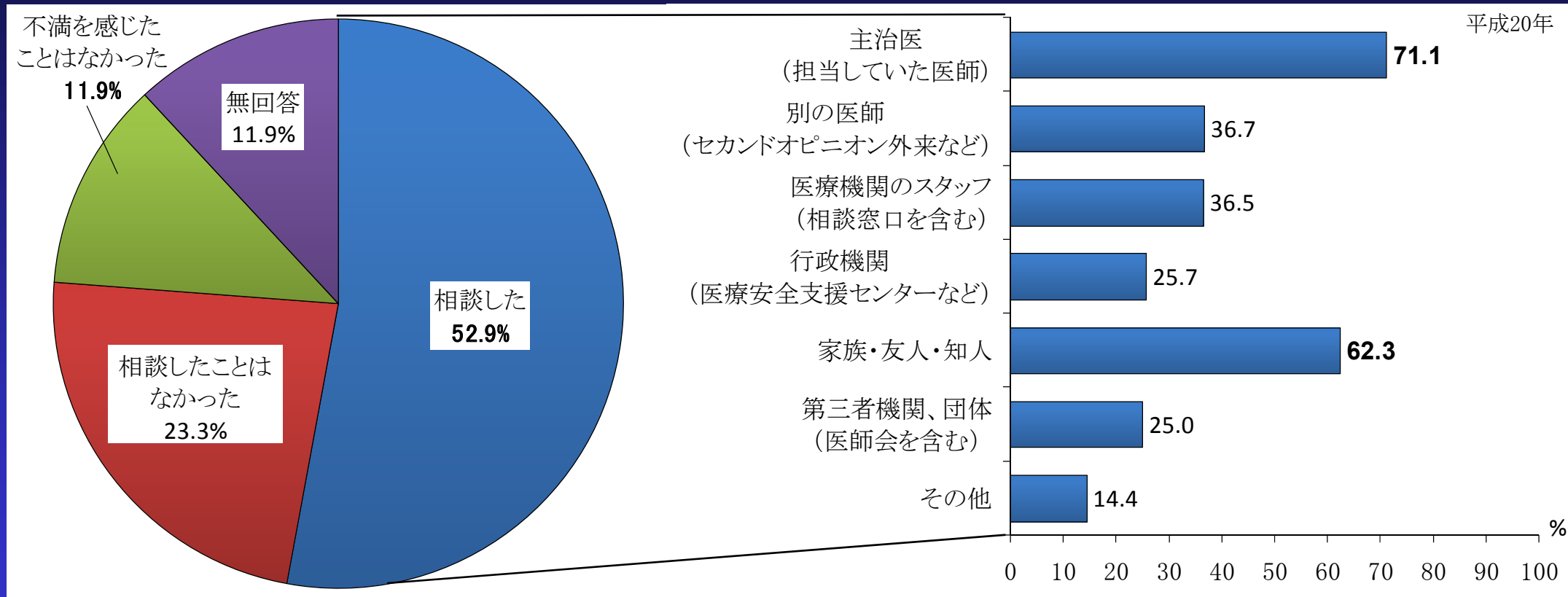
医療安全支援センターについて

医療法第6条の11

医療安全支援センターは、

1. 医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院、診療所若しくは助産所の管理者に対し、必要に応じ、助言を行うこと。
2. 病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し、医療の安全の確保に関し必要な情報の提供を行うこと。
3. 病院、診療所又は助産所の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する研修を実施すること。
4. 医療の安全の確保のために必要な支援を行うこと。

患者が不満を感じたときの行動 (複数回答)



出典：厚生労働省 『平成20年受療行動調査』

相談の相手別にみた患者の相談結果

単位 (%)

	計	役立った	役立たなかった	どちらでもない	無回答
主治医 (担当していた医師)	100.0	74.6	6.6	15.2	3.6
別の医師 (セカンドオピニオン外来など)	100.0	51.2	10.3	36.2	2.3
医療機関のスタッフ (相談窓口を含む)	100.0	56.4	10.0	31.7	1.9
行政機関 (医療安全支援センターなど)	100.0	36.8	12.6	48.8	1.7
家族・友人・知人	100.0	60.9	8.3	25.2	5.6
第三者機関、団体 (医師会を含む)	100.0	34.8	11.0	52.0	2.2
その他	100.0	26.2	9.3	59.5	5.0

注: 相談した患者について、それぞれの相談の相手を100とした割合

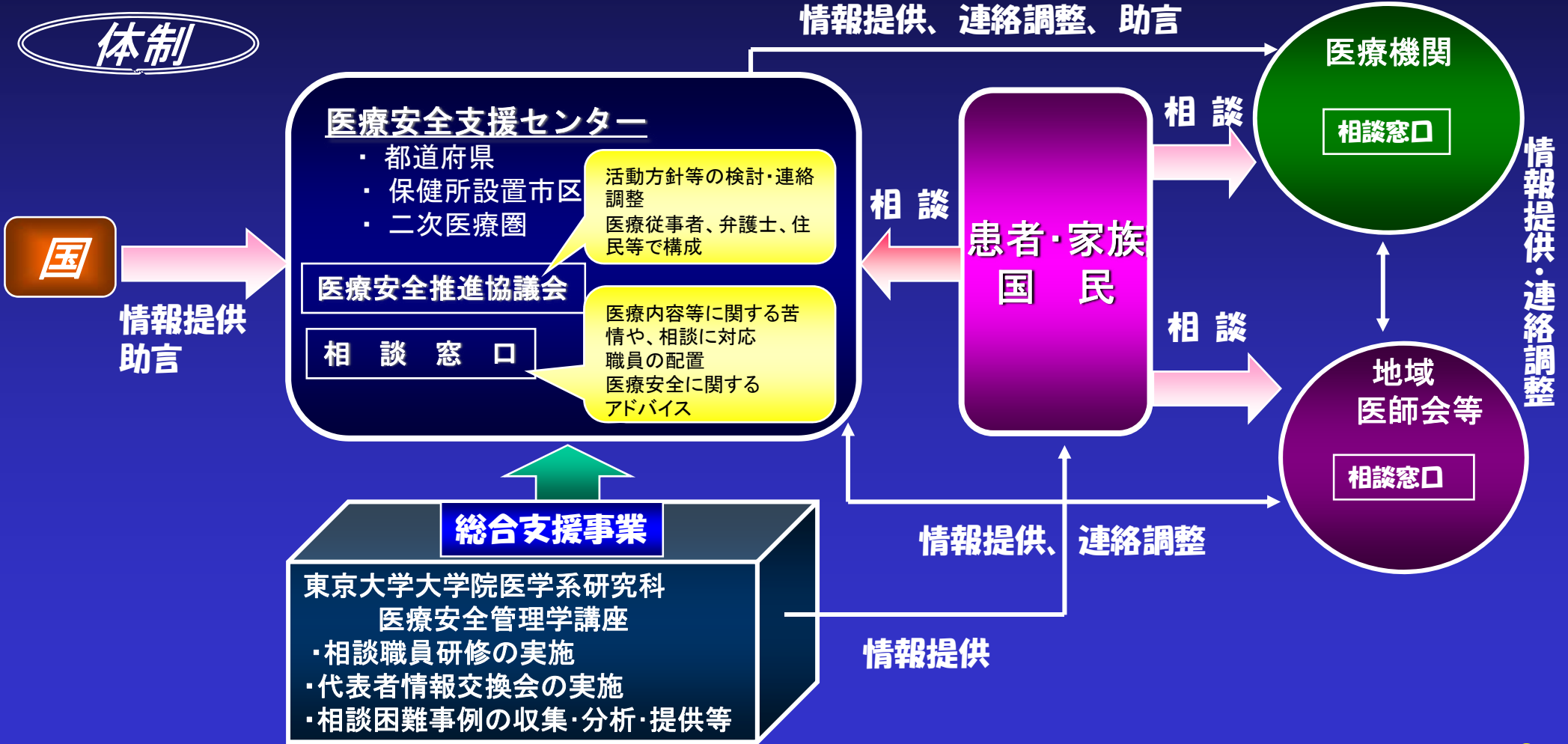
出典: 厚生労働省 『平成20年受療行動調査』

医療安全支援センター一体図

機能

- 苦情・相談への対応（必要に応じて、医療機関の管理者及び患者等に助言）
- 医療安全の確保に関する必要な情報提供
- 医療機関の管理者、従業員に対する医療安全に関する研修の実施

体制



医療安全支援センター設置状況

(平成21年12月1日現在)

1. 都道府県

都道府県 : 47全都道府県に設置

二次医療圏 : 36都道府県280ヶ所において設置

2. 保健所設置市区

保健所設置市区 : 51ヶ所 (89ヶ所中)

指定都市 : 18ヶ所 (18ヶ所中)

中核市 : 29ヶ所 (41ヶ所中)

政令市 : 3ヶ所 (7ヶ所中)

特別区 : 1ヶ所 (23ヶ所中)

医療対話仲介者(仮称)の推進について

医療対話仲介者(仮称)の推進について

- 患者家族・医療従事者等とのコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いを促進する業務の重要性
- その推進に向け、有識者・実践者等から意見聴取等により実態を把握

医療裁判外紛争解決(ADR)機関 連絡調整会議

裁判外紛争解決手続きとは

訴訟手続によらずに民事上の紛争の解決をしようとする紛争の当事者のため、公正な第三者が関与して、その解決を図る手続をいう。

※裁判外紛争解決手続きの利用の促進に関する法律第1条より

裁判外紛争解決手続きの利用の促進に関する法律(ADR法)の基本理念

第三条 裁判外紛争解決手続は、法による紛争の解決のための手続として、紛争の当事者の自主的な紛争解決の努力を尊重しつつ、公正かつ適正に実施され、かつ、専門的な知見を反映して紛争の実情に即した迅速な解決を図るものでなければならない。

2 裁判外紛争解決手続を行う者は、前項の基本理念にのっとり、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

医療裁判外紛争解決(ADR)機関 連絡調整会議

(目的)

裁判外紛争解決(ADR)機関の活用を推進するため、医療裁判外紛争解決にかかる情報共有・意見交換を行うことを目的とする

(構成員)

裁判外紛争解決(ADR)機関、医療界、法曹界及び患者団体等の代表者

→ 平成22年 3月26日 第1回会議開催

→ 平成22年 7月 7日 第2回会議開催予定

診療行為に係る死因究明制度 (事故調査委員会)について

策定の背景(第一次試案～)

- 患者・家族にとっては、安全・安心に医療が提供される期待あり。
- 医療従事者には最大限の努力を高めることが求められる。
- 診療行為には一定の危険性が伴う。
- 患者と医療従事者の意思疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により、紛争が生じることもある。
- 診療関連死等についての死因の調査や臨床経過の評価・分析等については、制度の構築等の対応が十分でなく、結果として民事手続きや刑事手続きに依存。
- 安全・安心の医療の確保や再発防止等に資する観点から、診療関連死の死因究明の仕組みやその届け出のあり方等について、検討していく。

医療事故の調査制度の創設に向けた動向

平成19年 3月 厚生労働省 第一次試案



平成19年10月 厚生労働省 第二次試案



平成20年 4月 厚生労働省 第三次試案



平成20年 6月 厚生労働省 医療安全調査委員会
設置法案(仮称)大綱案



医療に係る情報の提供、相談支援及び紛争の適正な解決の促進並びに医療事故等の再発防止のための医療法等の一部を改正する法律〔仮称〕案骨子試案
〔通称：医療の納得・安全促進法案〕

I 医療法の改正

第1 医療法第1章(総則)関係

第2 医療法第2章第1節(医療に関する情報の提供等)関係

- 1 診療記録の開示及び訂正等
- 2 診療に係る情報の提供等に関する体制の整備
- 3 病院における医療対話仲介者(メディエーター)の設置
- 4 医療の提供の過程において事故が発生した場合に係る情報の提供

第3 医療法第3章(医療の安全の確保)関係

- 1 医療機関における安全な医療の確保
- 2 医療安全管理委員会の設置
- 3 医療安全支援センター
- 4 事故等分析事業

II

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

【実施主体】

(社)日本内科学会 (他37学会が協力)

【実施期間】

平成17年度～平成21年度(昨年度で終了)

【モデル地域】

札幌地域、宮城県、茨城県、東京都、新潟県、
愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県、福岡県

【実施状況】

受付件数 105件

今年度より、一般社団法人日本医療安全調査機構 で実施。

見直しの方向性(平成22年4月～)

(抜粋)

- 死亡時画像診断の活用の検討
- 迅速な報告書の作成・評価手順の簡素化・手順の標準化等
 - 評価委員会のメンバーの固定
 - 地域代表・調整看護師との間で、情報共有や研修を行う。
 - 可能な地域から情報交換等を行う協議会を立ち上げる。
- 院内事故調査委員会が作成した報告書をレビューする作業モデルも検討
- 再発防止の提言について、その方法論も含め検討



一般社団法人

日本医療安全調査機構

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

TOP

○ 当事業について

成立背景、目的について
ご説明いたします

○ モデル地域

各モデル地域の
事務局の連絡先です

○ ダウンロード

申請手続き、関係書類、広域資料
をダウンロードできます

○ 評価結果

報告書概要

○ リンク

関連サイトへの
リンクのご案内です

日本医療安全調査機構は、
診療行為に関連した死亡について、死因究明
及び再発防止を目的として、中立的な立場で
解剖、分析、検証します。

お知らせ

2010年5月27日 6月3日(木曜日)に、平成22年度第1回運営委員会を開催いたします。
☞ [資料\(112KB\)](#)

2010年5月27日 6月23日(水曜日)から25日(金曜日)の間は、第94回日本法医学会学術全国集会のため、事例の申請受付を中止いたします。

2010年4月13日 ホームページを公開しました。

☞ [過去のお知らせ](#)

お問い合わせ

一般社団法人 日本医療安全調査機構 中央事務局
〒105-0013 東京都港区浜松町2-3-25 マスキビル6階
TEL: 03-5401-3021 FAX: 03-5401-3022

[このページのtopへ](#) ↑

[このサイトについて](#)

[サイトマップ](#)

Copyright © 一般社団法人 日本医療安全調査機構 All rights reserved.

ページが表示されました

インターネット | 保護モード: 有効

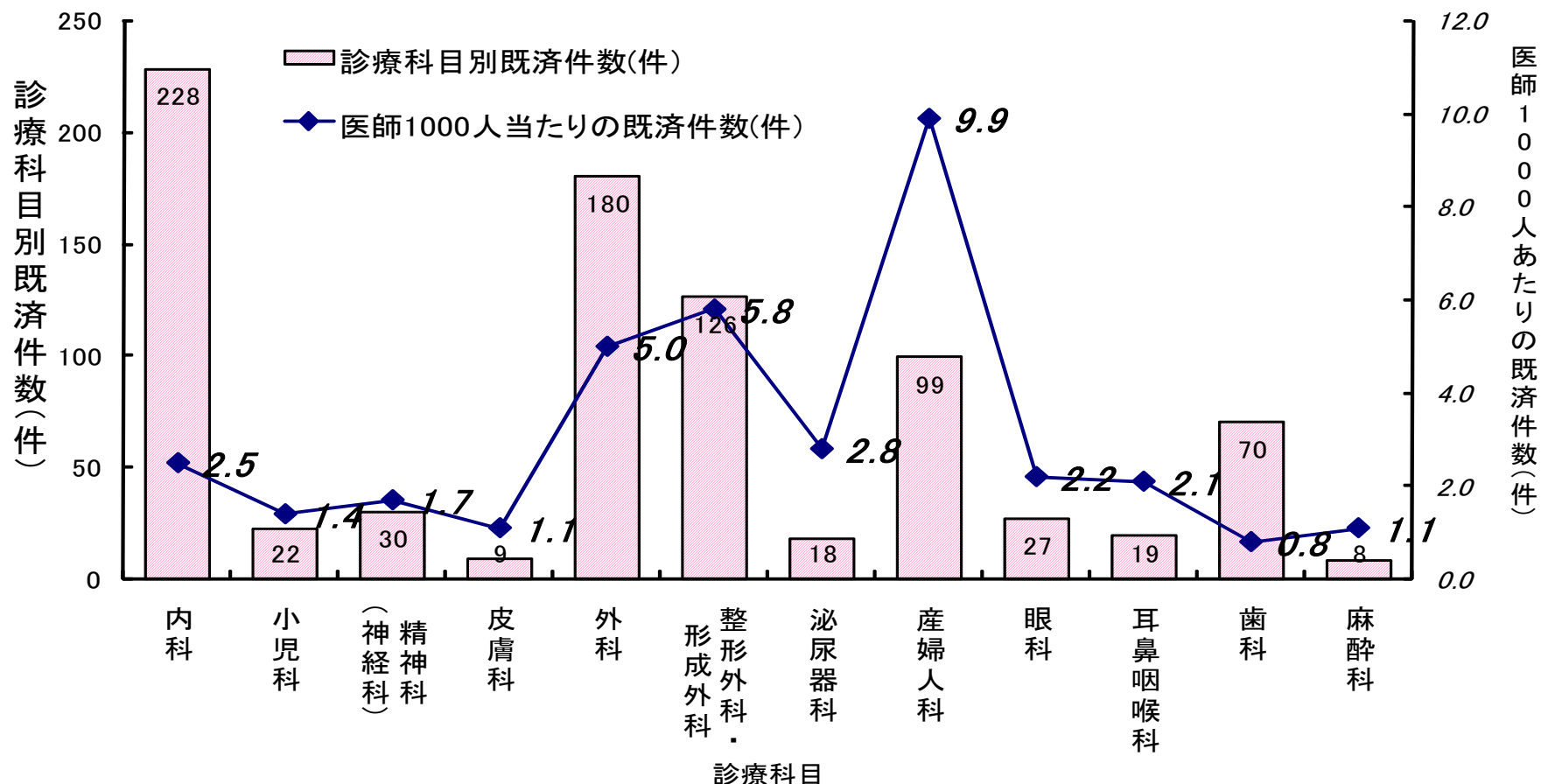
100%

<http://www.medsafe.jp/>

49

産科医療補償制度について

医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数（平成20年）



内科・外科等に、それぞれ消化器科（胃腸科）等の近接した診療科を含んだ場合の医師1000人あたりの既済件数である。

- 注） 1 既済件数については、最高裁判所ウェブサイトによる（概数）。複数科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している。
 2 各科の医師数については、平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査における医療施設に従事する医師の主たる診療科に基づき、以下のように算出している。
 ・内科については、内科、呼吸器内科、消化器内科（胃腸内科）、循環器内科、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、感染症内科の医師数を合計
 ・精神科（神経科）については、精神科、神経科の医師数を合計
 ・外科については、外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科（循環器外科含む）、小児外科、肛門外科、気管食道外科、リハビリテーション科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）の医師数を合計
 ・整形・形成外科については、整形外科、形成外科、美容外科の医師数を合計
 ・歯科については、歯科、口腔外科の歯科医師数を合計
 3 医師1000人当たりの既済件数は、医師数に基づいて、厚生労働省において算出したものである。

産科医療補償制度の概要（平成21年1月1日～）

制度の目的

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった子及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る。

補償の仕組み

- 分娩機関と妊産婦との契約に基づいて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった者に補償金を支払う。
- 分娩機関は、補償金の支払いによる損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。

補償対象

（※ 対象者推計数：年間概ね 500～800人）

- 通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とする。
 - ・ 出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上
 - ・ 身体障害者等級1・2級相当の重症者
 - ・ 先天性要因等の除外基準に該当するものを除く
- 出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の者については、個別審査

補償金額

3,000万円（一時金：600万円＋分割金：2,400万円（20年間））

保険料（掛金）※ 在胎週数22週以降の分娩に限る。

一分娩当たり 30,000円

加入促進・制度周知策

- 都道府県がHP等を通じて行う医療機能に関する情報提供の項目に本制度の加入状況を追加
- 医療機関が広告できる項目に本制度加入を追加
- 母子健康手帳の任意記載事項に産科医療補償制度を追加
- (財)日本医療機能評価機構のHPを通じて加入分娩機関を公表
- 診療報酬上の算定要件に本制度加入を追加
- 加入機関での分娩に出産育児一時金を3万円加算（35→38万円）

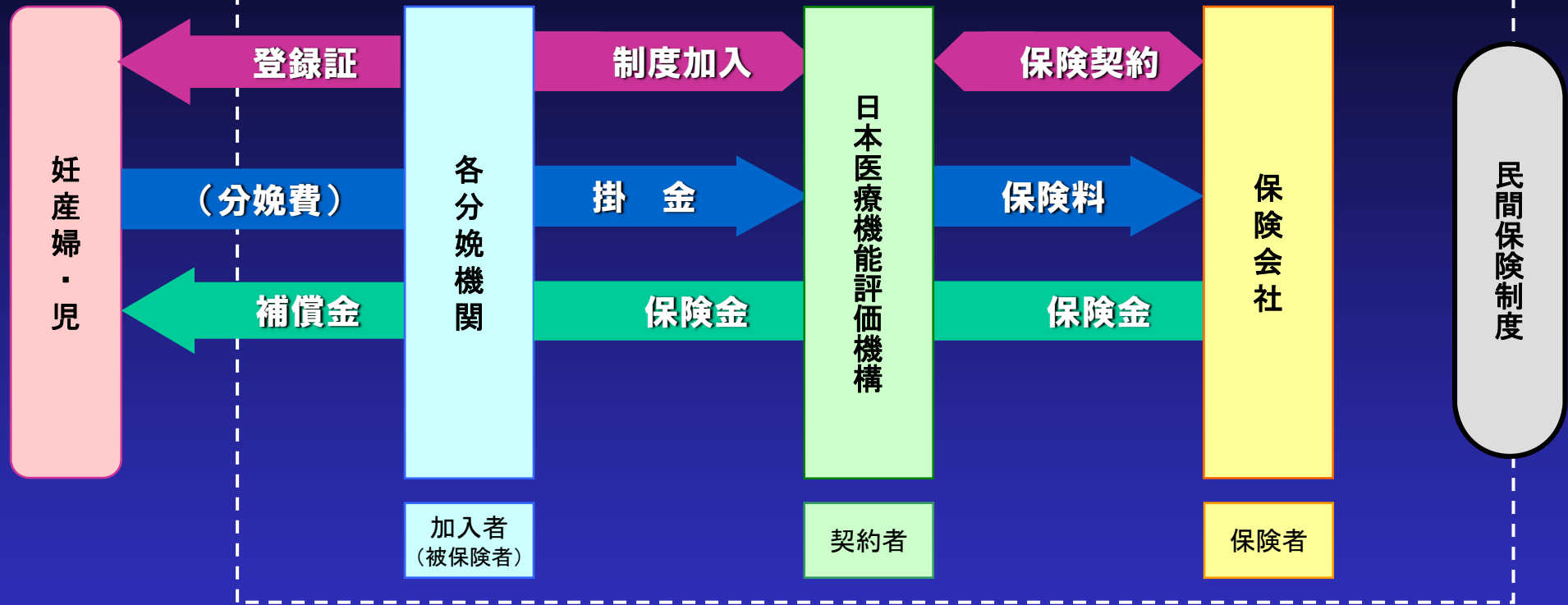
その他

- 紛争の防止・早期解決のために、医学的観点から事例を分析し、結果を両当事者にフィードバック
- 原因分析された各事例の公開により、同種の医療事故の再発防止等を図る。
- 遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

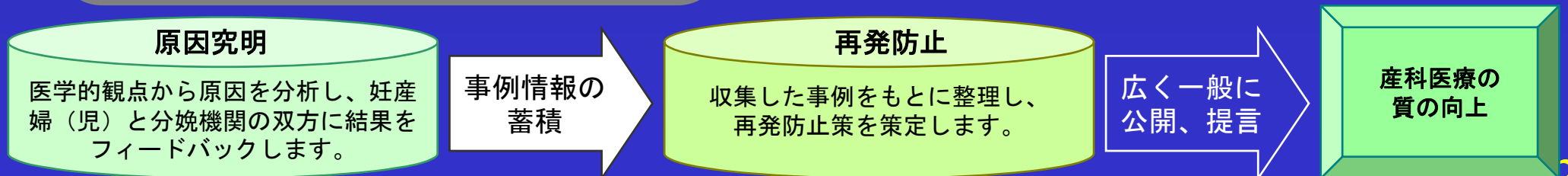
（注） 1. 平成22年4月時点の加入率：病院・診療所99.7%，助産所98.4%
2. 出産育児一時金は、平成21年10月から平成22年度末までの間、4万円加算（38→42万円）される。

産科医療補償制度の仕組み

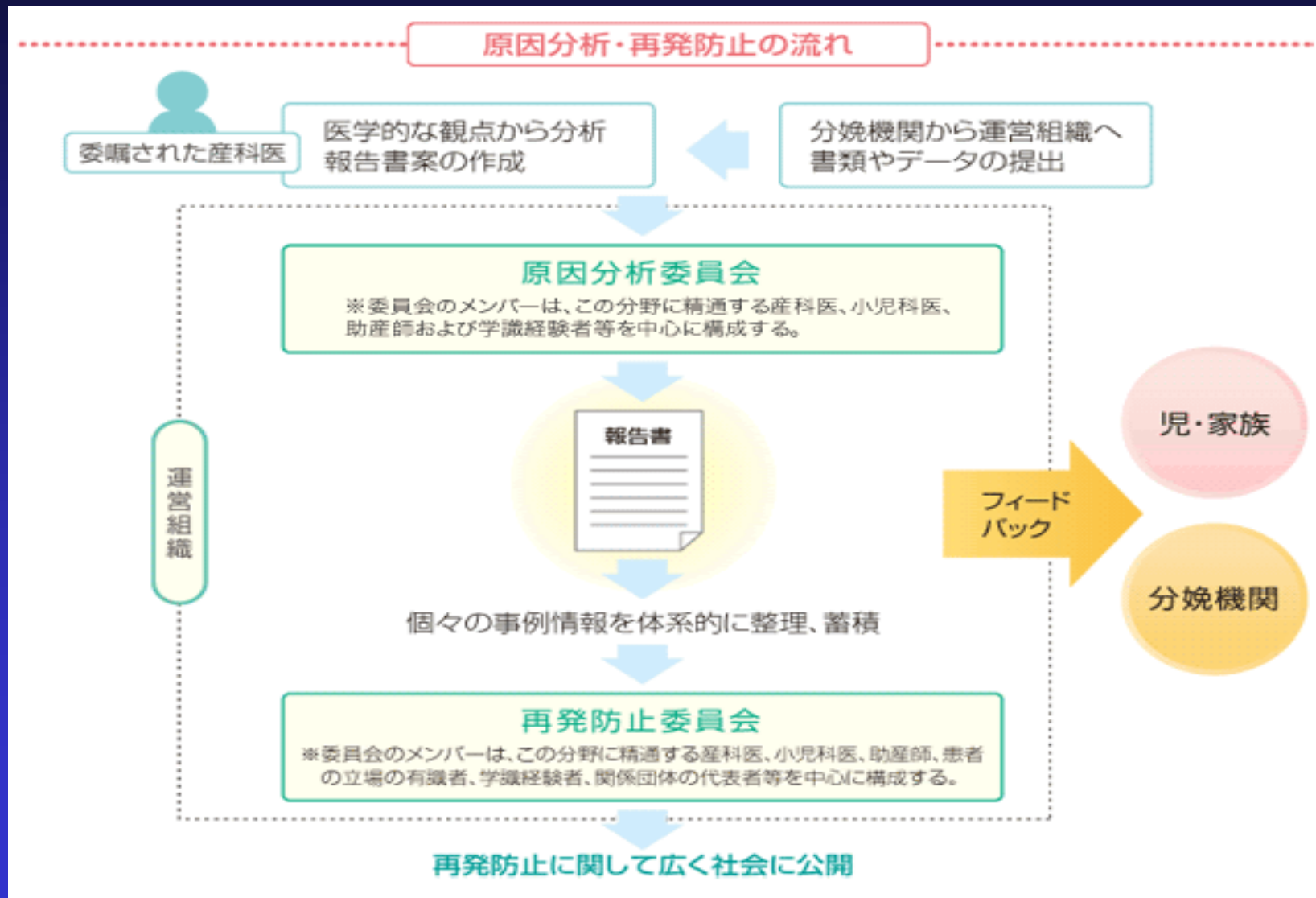
補償の機能



原因究明・再発防止の機能



産科医療補償制度における 原因分析・再発防止の流れ



内服薬処方せんの安全対策について

内服薬処方せんの記事に関する現状と課題

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。

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。

「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」を設置
- 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、平成21年11月まで5回にわたり検討
- 検討会報告書骨子案(平成21年10月19日公表)に対してパブリックコメントを募集
- 平成22年1月29日に検討会報告書を公表
- 厚生労働省より自治体・関係団体等に通知

～厚生労働省からのお知らせ～

ご存知ですか？

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

～内服薬処方せんの記載ミス、情報伝達エラーを防止するために～

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※より

※本報告書は、平成21年5月に厚生労働省に設置された「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、5回にわたり幅広く検討を行ってきた結果、取りまとめられた報告書であり、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、短期的方策、長期的方策及び移行期間における対応を示しています。



「内服薬処方せん記載の在るべき姿」

最も望ましい内服薬処方せんの記載方法は、下記1)～5)の事項全てを記載することです。

1)「薬名」	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します。
2)「分量」	最小基本単位である1回量を記載することを基本とします。
3)散剤及び液剤の「分量」	製剂量(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します。
4)「用法・用量」における服用回数・服用のタイミング	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します。
5)「用法・用量」における服用日数	実際の投与日数を記載することを基本とします。

処方例 ○○錠15mg 1回1錠朝昼夕食後、1日3回服用するように処方する場合

現状例

○○(15) 3錠 分3 毎食後 7日分

内服薬処方せん記載の在るべき姿

○○錠15mg 1回1錠 1日3回 朝昼夕食後 7日分

内服薬処方せんの記載方法についての詳細は

- 「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」は、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室でお配りしている他、ホームページからダウンロードできます。

ホームページのご案内

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html>

厚生労働省窓口

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

電話番号: 03-5253-1111

受付時間: [月～金]9時30分～18時15分(祝日・年末年始を除く)



厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/index.html>

安全管理体制全般に関する法令・通知について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/index.html>

終わりに

- 医療の高度化
- 供給側の負担
- 受け手側の要望
- 克服するための各種の対応・試み