

**(資料 1-4) 禁忌・慎重投与記述語幹・語句の一例**

【疾患もしくは状態(PT)を修飾する用語】

(A)

＜重症度＞

軽度な  
中等度以上の  
重篤な  
重度の  
重症の  
高度の  
強度の  
著しい  
著明な  
過度の  
進行した  
明らかに  
極めて  
2 度以上の  
NYHA 心機能分類Ⅲ～Ⅳ度の

＜発症からの時期＞

急性期  
新鮮な  
発症直後で病態が安定していない  
回復初期の

＜妊娠時期＞

妊娠 12 週以内  
妊娠 3 カ月以内  
特に妊娠約 3 カ月以内  
妊娠 16 週未満の  
妊娠初期  
妊娠末期の

＜病因＞

原因不明の  
診断のつかない  
診断未確定の  
その他の  
肺高血圧による  
前立腺肥大による  
血管障害による  
心筋梗塞後の  
慢性肺疾患に続発する

＜病態＞

骨髄中の芽球が十分減少していない  
末梢血液中に芽球の認められる  
活動性の  
心不全発症のおそれのある  
急性増悪

＜治療管理状況＞

未治療の  
コントロール不十分な  
コントロールされていない  
コントロールの困難な  
強心薬または血管拡張薬を静脈内投与する  
必要のある

＜医療機器＞

デキストラン硫酸セルロースを用いた吸着器  
による  
アクリロニトリルメタリルスルホン酸ナトリ  
ウム膜 (AN69) を用いた

＜発育過程＞

成長期の  
思春期前の

＜年齢＞

老齢の  
生後 3 カ月未満の  
6 カ月未満の  
6 カ月以上 2 歳未満の  
2 歳未満の  
2 歳以下の  
15 歳未満の  
40 歳以上の

【PTによって修飾される用語】(C)

<患者>

の患者  
の患者等  
な患者  
のある患者  
を有する患者  
を持つ患者  
にある患者  
が存在している患者  
を呈する患者  
を起こした患者  
がみられた患者  
している患者  
を呈している患者  
が明白である患者  
が確認されている患者  
と考えられる患者  
推定される患者  
と判断される患者  
が予想される患者  
が疑われる患者  
の疑いのある患者  
が危惧される患者  
が疑われる徴候のある患者  
する可能性のある患者  
可能性のある患者  
している可能性のある患者  
その症状・兆候のある患者  
を引き起こすおそれのある患者  
のおそれのある患者  
を起こしやすい患者

<合併症あり>

を合併している患者  
を伴う患者  
を合併する患者  
合併する症例  
を合併した\_\_\_\_\_患者  
を伴った\_\_\_\_\_の患者  
\_\_\_\_\_のある

<状況>

日の浅い患者  
を予定している患者  
を必要とする患者  
施行中の患者  
を受けている患者

<既往歴>

の既往歴のある患者  
既往歴を有する患者  
の既往のある患者  
既往を有する患者  
を起こしたことのある患者

<副作用>

過去に本剤により\_\_\_\_\_を起こした患者

<素因>

の素因のある患者

<家族歴>

本人又は両親、兄弟に\_\_\_\_\_のある患者  
本人又はその血族が\_\_\_\_\_のある患者  
本人又は両親、兄弟に\_\_\_\_\_起こしやすい体  
質を有する患者  
家族歴のある患者  
の家族歴を持つ患者

<女性>

のある女性  
の女性  
婦人  
の婦人  
している可能性のある婦人  
している可能性のある女性  
している可能性のある患者  
を希望する婦人

(資料 I-5) 処方チェックシステムのプロトタイプの動作画面抜粋

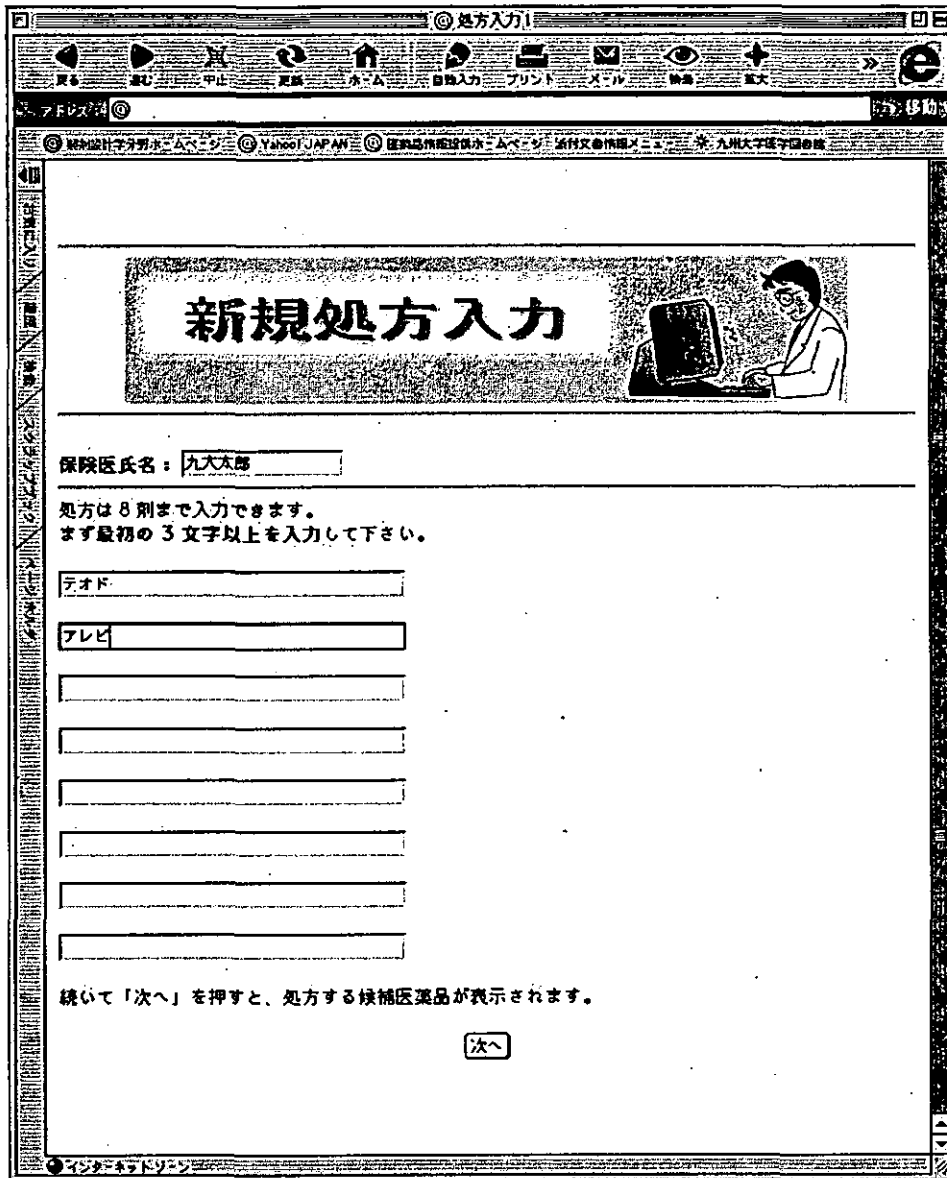


図 1-1. 構築したチェックコンポーネントのプロトタイプ画面（1：処方入力画面）。システムは、WWWブラウザをインターフェースとして用いた。ここでは、Internet Explorer 5.0 を用いてブラウズした画面を示している。まず、先頭の三文字を入力することで、候補薬品が提示される。

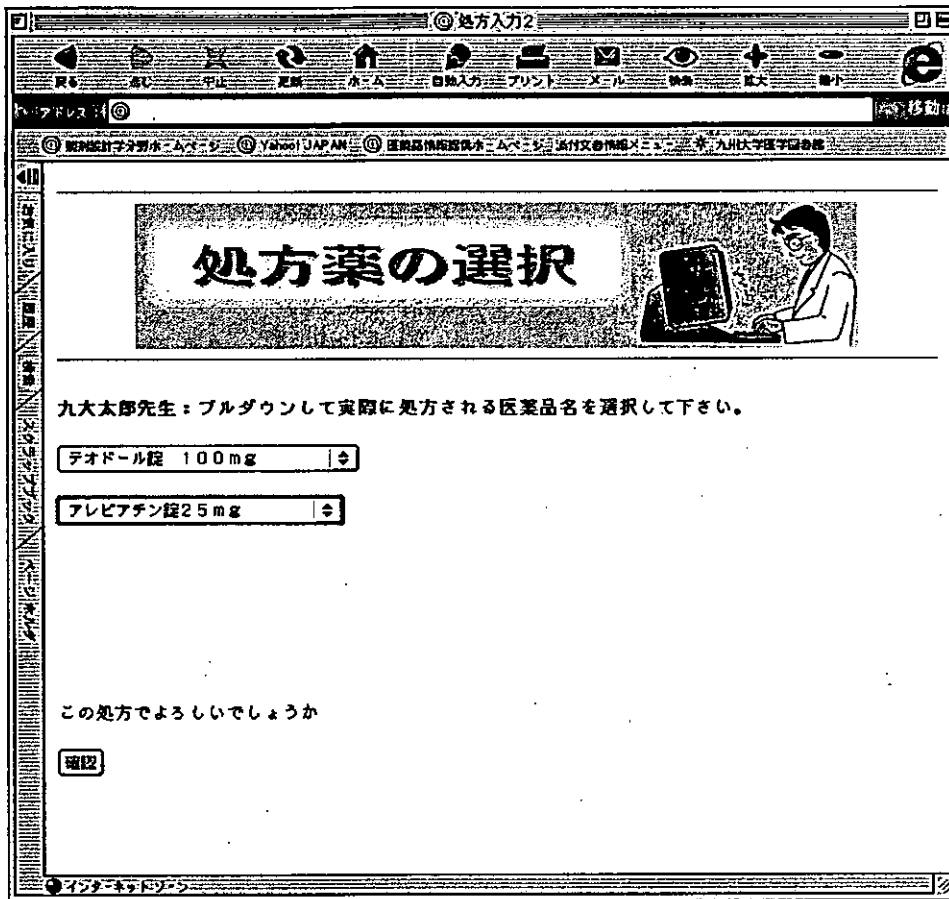


図 1-2. 構築したチェックコンポーネントのプロトタイプ画面（2：処方薬選択画面）。候補薬品の中から処方する薬品を選択し、確認ボタンを押下すると、次の画面に進む。ここでは、テオドール錠 100 mg とアレビアチン錠 250 mg を選択した。

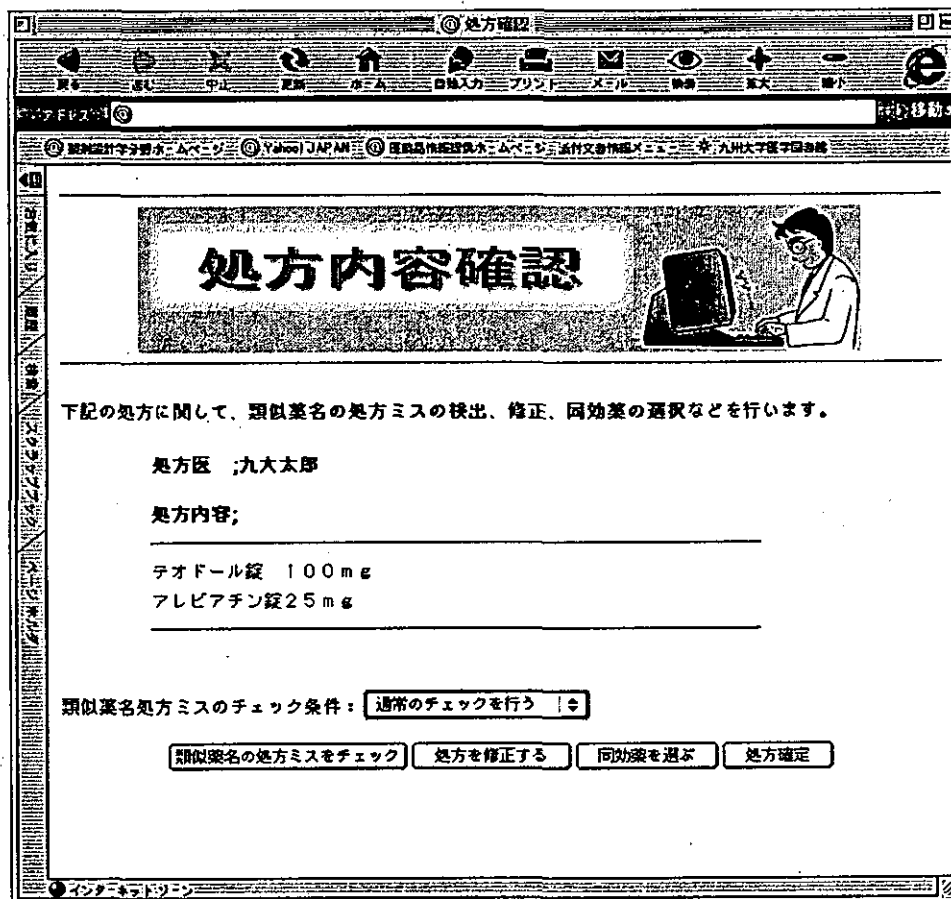


図 1-3. 構築したチェックコンポーネントのプロトタイプ画面（3：処方確認画面）。類似薬名処方ミスのチェック条件は、チェックの厳しさとして3段階の選択が可能。

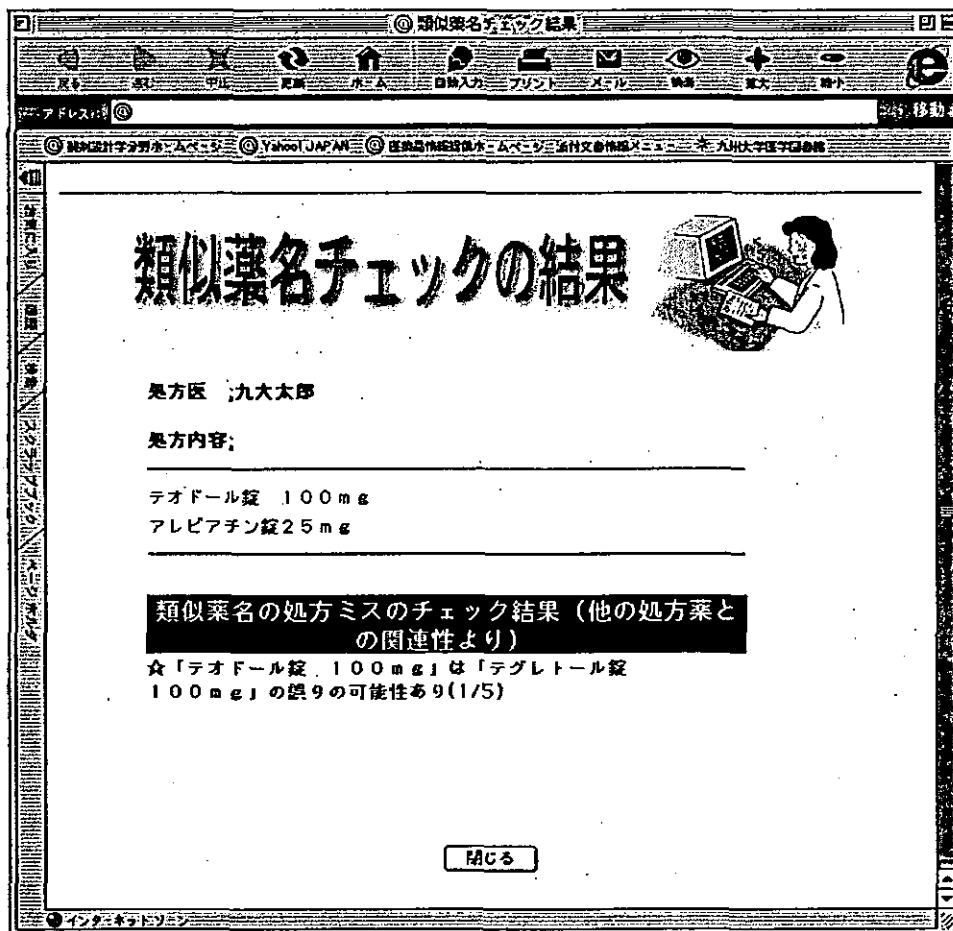


図 1-4. 構築したチェックコンポーネントのプロトタイプ画面 (4: 類似薬名チェック画面)。類似薬名取り違えミスのチェック結果 (「テオドール錠はテグレート錠の間違いである可能性」) が、提示された。



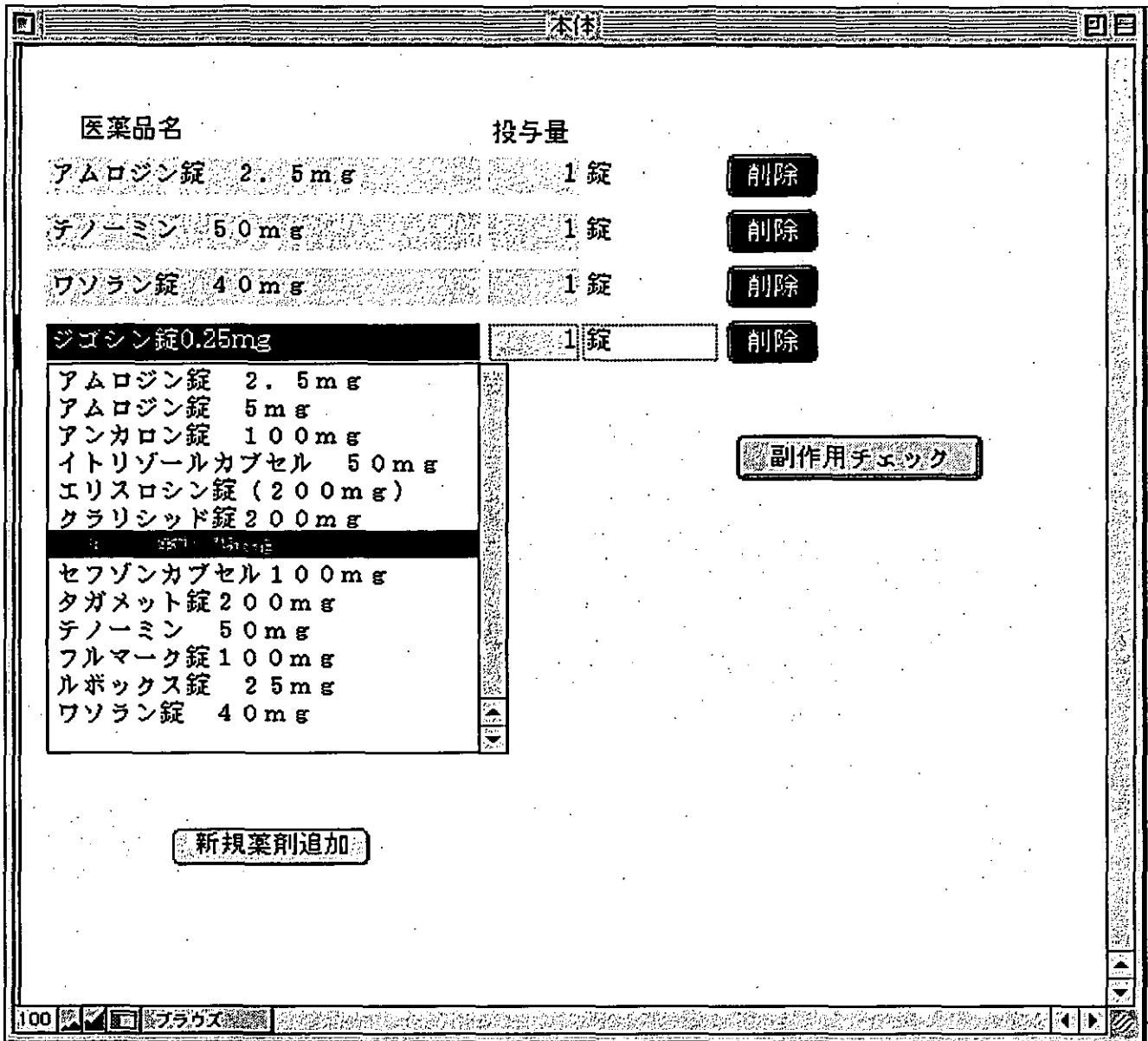


図 2-1. 「同一の副作用を有する薬剤が複数処方された場合のチェックコンポーネント」のプロタイプにおける薬剤選択画面。「新規薬剤追加」ボタンをクリックし、処方薬を選択する。ここでは、アムロジン錠 2.5 mg、テノーミン 50 mg、ワソラン錠 40 mg およびジゴシン錠 0.25 mg を選択した。「削除」ボタンをクリックすると、選択された薬剤は取り消される。薬剤の選択が終われば「副作用チェック」ボタンをクリックする。

## 副作用のリスクポイントは以下の通りです。

「NOS」は「他に特定されない(not otherwise specified)」の略です

リスク  
ポイント

基本語による副作用名



10	房室ブロックNOS	4種の薬剤で記述があります
7	徐脈NOS	3種の薬剤で記述があります
6	心不全NOS	2種の薬剤で記述があります
5	紫斑NOS	3種の薬剤で記述があります
4	発疹	4種の薬剤で記述があります
4	頭痛NOS	4種の薬剤で記述があります
4	浮動性めまい	4種の薬剤で記述があります
4	浮腫NOS	4種の薬剤で記述があります
4	嘔吐NOS	4種の薬剤で記述があります
4	洞房ブロック	2種の薬剤で記述があります
4	呼吸困難NOS	2種の薬剤で記述があります
4	洞停止	2種の薬剤で記述があります
4	期外収縮NOS	2種の薬剤で記述があります
3	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	3種の薬剤で記述があります
3	アラニン・アミノトランスフェラーゼ増加	3種の薬剤で記述があります
3	悪心	3種の薬剤で記述があります
3	食欲不振	3種の薬剤で記述があります
3	下痢NOS	3種の薬剤で記述があります















































































































































































処方作成に戻る

図2-2. 「同一の副作用を有する薬剤が複数処方された場合のチェックコンポーネント」のプロトタイプにおける結果画面。副作用がリスクポイントが高い順に表示される。図2-1で選択した薬剤を併用した場合には、「房室ブロック NOS」がリスクポイント10で、4種の薬剤で記述があり、危険性が高いことがわかる。

(※; NOS = 他に特定されない)

(資料1-6) 処方チェックパターンとデータベースとの関係



	       	       	       	       	   	       	
6	      			      	     	 	       
7	        	        	  	        	        	        	     
8	     	     	     	     	     	     	     

◎：チェックに必須なデータベース・データ  
○：チェック効率・精度向上に有用なデータベース・データ

処方オーダーリングにおける最適なマンマシンインターフェースの設計に関する研究

分担研究者 折井 孝 男 NTT 東日本関東病院 薬剤部長

（主任研究者 澤田 康文 九州大学 教授）

（分担研究者 大谷 壽一 九州大学 助教授）

研究要旨：本分担研究においては、処方ミスを最小限に抑えるための処方オーダーリングにおけるマン・マシンインターフェースを設計することを目的とした。全国の薬剤師を対象に、実際に経験した医師による薬名類似に基づく処方ミスに関して、「医師による処方ミス」と「薬剤師による調剤ミス」に分けてアンケート調査を行った。その結果と、医療現場における処方オーダーリングミスの現状調査をもとに、それらのミスを最小限にするための処方オーダーリングにおける標準マン・マシンインターフェースを提唱する。

A. 研究目的

近年、医療機関の IT 化が進み、医師による処方せんの作成には、コンピュータによるシステム（以下、処方オーダーリングシステムという）が多用されるようになってきた。処方オーダーリングシステムは、病院内での内服薬や注射薬の処方はもちろんのこと、外来患者に交付する院外処方せんなどの発行にも用いられる。しかし現在、処方オーダーリングシステムのマン・マシンインターフェースは、個々の医療機関や、システムを開発する個々の企業において独自に構築されており、全国的な統一は図られていない。

一方で、勤務医が医療機関から別の医療機関へ転勤・配置転換などがあった場合や、それまで処方オーダーリングを使用していなかった医師がそれを使用する際などには、処方オーダーリングシステムにおける処方作成自体が、処方ミスの原因となる。また、処方オーダーリングに十分慣れた医師であっても、薬剤の選択ミスや用法の指示ミスなどが頻発している。薬剤選択ミスとしては、「グリチロン（肝疾患等治療薬）」と「グリミクロン（経口糖尿病用剤）」の選択間違いなどが有名で

ある。これまでの土屋らのグループをはじめとする国内の研究グループの研究成果から、処方オーダーリングにおける入力必須文字数を 3 文字とすることで、大半の選択ミスを防止することが出来ると結論づけられている。

しかし、実際の医師による処方ミスは、「画面上の薬剤選択」以外の過程でも生じている。すなわち、処方オーダーリングにおいては、薬剤名の思い違いや、用法・用量の選択ミス、他の医師の ID による処方せん発行など、さまざまなミス要因があり、入力文字数だけに限局した対策では、処方オーダーリングミスの低減は限界がある。このため、本研究においては、薬剤選択ミス（画面上での選択ミスのみならず、医師の思い違いなど）についてアンケート調査を行うと共に、それ以外のミス要因について現状分析を加え、それらのミスを最小限にするための処方オーダーリングにおける標準マン・マシンインターフェースを提唱することを目的とした。

B. 研究方法

## B-1. アンケート調査

アンケートは、主任研究者らが主催する「薬剤師間情報交換システム」を用い、全国の薬剤師を対象に行った。具体的なアンケート用紙を資料 II-1 に示す。(なお、薬剤師によるミスに関しては今回の研究における解析対象とはしていない)

## B-2. 現状分析

主任研究者、分担研究者及び研究協力者間の会議及びメール等による討論から、処方オーダーリングに関するミスの分類、原因及び対処法の洗い出しを行った。

## B-3. 処方オーダーリングにおける標準マン・マシンインターフェースの提唱

B-1 及び B-2 の結果をもとに、処方オーダーリングにおけるミスを最小限にするための標準マン・マシンインターフェース(第一次案)を作成した。

### (倫理面への配慮)

特に該当しない。(医療用アプリケーションの開発において、倫理面として配慮すべき問題は個人情報とセキュリティの管理である。しかし、今回の研究の範囲内においては、個々の患者の個人情報を取り扱わないため。)

## C. 研究結果

### C-1. アンケート調査

アンケート結果の概要を資料 II-2 として添付する。アンケートの結果、薬剤師 288 名より有効回答が得られ、医師による薬名類似に基づくと考えられる処方ミスの実例として 177 種の組み合わせが収集できた。177 種の組み合わせのうち、先頭の 3 文字以上が一致する組み合わせは 22 種(12.4%) にのぼった。

### C-2. 現状分析

処方オーダーリングに基づくミスのパターンとしては、以下のようなものが考えられた。

- ア) 薬名(商標名)の選択ミス
- イ) 規格剤形等の選択ミス
- ウ) 用量等の入力ミス
- エ) 服用時期の入力ミス
- オ) 身長・体重などの入力ミス
- カ) Do 処方によるミス
- キ) 画面表示の読みとりミス
- ク) システムレスポンスの悪さ
- ケ) 認証

以下、ア～ケ) について、その内容、原因、考えられる対処法を記す。

#### ア) 薬名(商標名)の選択ミス

医師が画面に表示された候補医薬品(以下、「候補医薬品リスト」という)から、処方意図の医薬品を選択する際に、選択を誤るケースで、処方オーダーリングの中で最も多いミスと考えられる。対処としては、現在までに、候補医薬品リストの表示における最低入力文字数を、先頭から二文字ではなく三文字以上とすることで、表示される医薬品をより絞り込むという対処がある。

また、特定の医薬品、すなわち抗癌剤、経口糖尿病用剤など、誤投薬により重大な転帰を招く可能性のある医薬品(以下、便宜上「注意薬剤」という)については、他と区別した取扱いが必要であると考えられる。すなわち、注意薬剤の入力を他と区別し、画面上の「注意薬剤」チェックボックスをチェックしない限り候補医薬品リストに表示されないようにする、注意薬剤や毒劇薬は画面上で色などを用いて区別する、などの対処法が考えられる。

#### イ) 規格剤形等の選択ミス

候補医薬品リストでは多くの場合、商標+剤形・規格・単位などがあわせて医薬品名として表示される。このため、他の剤形や含量などの規格が異なるもの(徐放剤と普通剤、含量違いなど)を選択してしまうミスが多い。すなわち、処方医師が、商標名を選択することに注力するあまり、規格・剤形の選択に気が回らなくなっていることがある。このため、商標

名の選択と規格・剤形を選択を二段階にして、規格・剤形を選択を印象づけることにより、このようなミスは低減できると考えられる。

#### ウ) 用量等の入力ミス

用量を誤って思いこんでいたり、処方単位を誤る (mg と錠など) といったミスが生じている。これに対処するためには、常用量を逸脱した処方に対して警告を発するなどの対処が有効と考えられる。

#### エ) 服用時期の入力ミス

服用時期の入力ミスにはさまざまな要因がある。まず、システムの服用時期に関するデフォルトが「食後」などに統一されていると、本来食前投与の薬剤であっても誤って食後服用として処方されることがある。これを防ぐためには、適切なシステムに統一的なデフォルト値をもたせることはやめ、薬剤毎のデフォルト値を保持させるか、もしくはその都度入力者に選択させるようにすべきである。医薬品によっては、デフォルト以外の服用時期を指示することができないようにロックすることも必要かもしれない。

また、内服薬の服用時期は多くの場合、一日の分割回数と食事との関係という二つの要素を含んでいる。このため、その両者を同時に選択させる方式であると、どちらか片方に気を取られ、選択間違いを起こす可能性がある (例: 「一日三回毎食後」の処方意図に対し、「一日三回」に気を取られて「一日三回毎食前」を選択してしまうなど)。このため、分割回数と食事との関係については、それぞれ別個に選択するようにすべきである。

#### オ) 身長・体重などの入力ミス

体重あたり、または体表面積あたりの用量から、投与量を算出する機能を有している場合、身長や体重の入力ミスなどにより、投与量が誤って算出されることがある。これを防ぐためには、身長・体重の異常値を確実にチェックする必要がある。

#### カ) Do 処方によるミス

処方チェック機能が具備されている場合、Do 処方をチェック対象外としてい

るケースがある。すなわち、Do 処方は既存の処方のコピーとして扱われる。このような場合、誤まった処方が継続的に処方される危険がある。また、一部の薬剤 (例: アリセプト) のように、初回投与時と維持量で投与量が異なるような薬物も存在する。したがって、Do 処方であっても、新規処方と同様と取扱をする必要がある。

#### キ) 画面表示の読みとりミス

ア) などとも関係するが、画面上の文字が小さすぎる場合、さまざまなミスの要因となる。処方オーダーリングシステムにおいては、画面に表示される文字のポイント数についても十分考慮する必要がある。

#### ク) システムレスポンスの悪さ

システムのレスポンスが低い場合で、特に警告に対してリターンキーやエンターキーを以て確認とするようなシステムでは、それらのキーが連打され、確認の意味を果たさないことがある。システムにはある一定レベル以上のレスポンスを確保するとともに、重要な確認がリターンキーやエンターキーによって行われないように設計する必要がある。

#### ケ) 認証

他の処方医の ID、パスワードによる処方せん発行は、投薬ミスの大きな原因となるとともに、責任の所在を不明確にする。今後は、ID やパスワードに替えて、虹彩認証などの個人認証法を積極的に採用する必要があるだろう。(指紋認証も有効だが、医療従事者においては手荒れなどがひどく認証率が低下する例も多いとの情報もある)

### C-3. 処方オーダーリングにおける標準マン・マシンインターフェースの提唱

上記の結果を踏まえ、処方オーダーリングにおける標準マン・マシンインターフェースの仕様 (第一次案) を以下のように提唱したい。

#### ○ 医薬品の選択

・候補医薬品リストを表示するに必要



な文字数は、最低先頭から三文字とすること（二文字医薬品の入力の場合を除く）。

- ・注意薬剤（抗癌剤、経口糖尿病用剤等別途指定するもの）を処方する際には、通常の医薬品を処方する場合に加えて何らかの動作を要求するものであること。

- ・候補医薬品リスト及び作成された処方を表示する画面における医薬品名の表示は、劇薬については赤字、毒薬については黒地に白字で表示すること。また、注意薬剤については黄地（毒薬の注意薬剤については黒地に黄字）で表示すること。

- ・商標名と剤形・規格・含量等は、それぞれ別の動作により選択することが望ましい。

#### ○ 用法・用量の入力

- ・常用量の二倍を超え、または1/2未満の投与量については、警告を発し、確認を要求することが望ましい。

- ・用法については、全ての医薬品について共通のデフォルト値を設けないこと。デフォルト値を設ける場合は、個々の医薬品毎に設定すること。

- ・内服薬の用法は、分割回数と食事との関係はそれぞれ別の動作で選択するものであること。

- ・身長や体重を入力し、これをもとに投与量を計算する機能を具備させる場合、年齢から算出される平均身長・体重 $\pm 3SD$ を超える値が入力された場合には警告を発し、確認を要求すること。

#### ○ その他

- ・システムのレスポンスとして、ユーザーが特定の画面推移を伴う動作を要求した場合、2秒以内に要求動作が完了することが望ましい。

- ・ユーザーによる重要項目の確認は、ポインティングデバイス（マウス等）によることとし、キーボード（リターンキー、エンターキー）を以て確認とするものでないこと。（これらのキーによりキャンセル（非確認）と

することは差し支えない）

- ・認証については、今後は虹彩や血管パターンなどによる個人認証を導入することが望ましい。
- ・処方要素の選択又は確認にかかる項目の内容表示は、14ポイント相当以上の文字によること。

#### D. 考察

今回、アンケート調査により、医薬品の選択における「候補医薬品リスト」の表示に必要な入力文字数を3文字とすること（以下「三文字入力」という）により、大半の入力ミスを防止できることが改めて確認された。土屋ら（薬学雑誌 122:841-847, 2002）は、東京大学病院における採用薬の三文字入力による商標確定率を85%と報告しており、今回のアンケート結果（類似薬名による取り違えのうち、87.6%が三文字入力により区別できる）とも対応がとれる。しかし、3文字入力によっても防止できないミスがあること、医師の勘違いによる別物処方チェックできないこと、その他のミスパターンも多く存在するなどを考えると、処方オーダーリングミスを防ぐ上では、「候補医薬品リスト」の表示における入力文字数は一つの要因でしかないと考えられる。このため、今回は処方オーダーリングミスの原因について、網羅的に解析を行った。

土屋らは上記の報告の中で、商標の選択ミスは三文字入力により大幅に減少したが、規格単位剤形の選択ミスは減少しなかったと報告している。このことから、今回の提唱のように、商標の選択と規格・剤形の選択を別のステップとする必要があると考えられる。

土屋らはまた、処方オーダーリングミス防止における注意薬剤処方時の確認画面の有用性についても報告しており、その有用性が確認されている。このため、我々は今回の提唱においても、注意薬剤処方時に何らかの動作を要求するシステムが必要であると考えた。ただし、その方法

については、注意薬剤が選択された場合に何らかの確認を要求する方法（土屋らの方法）が適切か、もしくは注意薬剤を選択する前に（チェックボックスをチェックするなどの）何らかの動作を要求する方法と、どちらが適切であるかについては現在のところ不明である。

今回、毒薬・劇薬及び注意薬剤については、画面表示を特別なものとすることを提案した。特に、毒薬・劇薬については包装の表示法と統一した画面表示を提案した。今後は、処方せんの表示法などについても、毒薬・劇薬及び注意薬剤については特別なものとする 것을考慮する必要があるかもしれない。

これら以外にも、今回はさまざまな処方オーダーリングミス要因を抽出し、それらに対処するための処方オーダーリングにおけるマン・マシンインターフェースの仕様を提唱した。

今後は、これらの仕様についてさらに詳細に検討を加えるとともに、実装試験を行ない、本提案の有効性について評価を行う必要があるだろう。

## E. 結論

今回の研究により、電子カルテにおける処方チェック支援システムにおいて具備すべき内容をリストアップ・分類し、そのためのアルゴリズムと、主要なデータベースの基本構造を設計することが出来た。そして、二つの処方チェックパターンに対応した処方チェックコンポーネントを、実際にパーソナルコンピュータ上に実現することが出来た。

今後は、今回の我々の研究成果や提案を広く医療現場や関連企業に対して公開していく予定である。これにより、処方チェックコンポーネントの効率的な開発が期待できる。また、公的機関の監督指導のもとで処方チェックに必要なデータベースの構築作業が実際に行われるようになれば、処方チェックコンポーネントの開発はさらに加速するであろう。さらに、今後は今回の研究成果に基づく提案

に対して、広く意見を募り、その内容について改良を重ねることも併せて行っていきたい。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

特になし

(資料 II-1) 薬名類似に基づく処方ミスに関するアンケート用紙

薬名類似による調剤ミス、処方ミスに関するアンケートのお願い

拝啓 時々ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

先日、またしてもアルマールとアマリールの調剤過誤の報道がありました。薬名類似による過誤は、処方鑑査、調剤および投薬鑑査の際に最も注意すべき項目のひとつであると思われまます。このような薬名類似による調剤過誤を防ぐには、薬名類似による調剤過誤の事例を知り、調剤や鑑査の際に、薬名が類似した医薬品を対にして思い浮かべることが必要であります。

本システムにおいても、薬名類似によるヒヤリハット事例をいくつか紹介してきましたが、その他にも薬名が類似する医薬品の組み合わせで、実際にヒヤリハットや調剤過誤を経験した医療機関もあるのではないかと考えられます。

そこで、今回は、先生方が勤務する医療機関で実際に経験された薬名類似を原因とした調剤ミスや処方ミスにおける、具体的な医薬品名を収集して集計し、皆様に還元したいと思ひます。

下記のアンケート(Q1~3)に対する回答を入力していただき、そのまま返信していただければ幸いです。お忙しい中申しわけございませんが、何卒ご協力をお願いいたします。

敬具

九州大学大学院薬学研究院  
臨床薬学講座 教授  
澤田康文

※本アンケートはコンピュータで自動処理を行いますので、項目を消したり、○以外の記号(●、△など)をご記入されませんようお願いいたします。

<アンケート用紙>

Q1. 貴方の勤務先はどこですか?該当する( )内のひとつに○をつけてください。

- ( ) 開局(地域)薬局
- ( ) 病院薬剤部(薬剤科・薬局)
- ( ) 診療所
- ( ) その他の医療機関
- ( ) 医薬品卸企業
- ( ) 製薬企業
- ( ) 大学
- ( ) 薬剤師会等
- ( ) 非勤務
- ( ) その他

Q2-1. あなたの勤務先の薬局などで薬名類似が原因となるヒヤリハットや調剤過誤を起こした経験はありますか?

- ( ) ある
- ( ) ない→ Q3-1 へ

Q2-2. Q2-1で「ある」と回答した方にお尋ねします。誤調剤した(しそうな)薬剤の具体名を記入してください(複数ある場合は複数記入してください。記入欄がたりない場合はコピー&ペーストで記入欄を追加して記入してください。)

例: [アマリール]とすべきところを誤って[アルマール]を調剤

[ ]とすべきところを誤って[ ]を調剤  
[ ]とすべきところを誤って[ ]を調剤