

# 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル【小川薬薬連携版】

小川赤十字病院薬剤部

## 【処方変更に関わる原則】

- ①疑義照会簡素化を希望する場合、説明会に参加後、「疑義照会簡素化における合意書（添付1）」を提出すること。（薬局ごとに登録番号を付与）  
なお改定を行った場合は、再度説明会に参加し、合意書を提出すること。
- ②先発医薬品において「変更不可」の欄にチェックがあり、かつ保険医署名欄に処方医の署名又は記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ③「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ④処方変更は、各医薬品の保険適応、適応症及び用法用量を遵守した変更とする。その際、安全性や溶解性、体内動態を考慮し、利便性が向上する場合のみ変更できる。
- ⑤服用方法・安定性・価格について、患者に十分な説明を行い、同意を得た上で変更すること。

### 1 各種問い合わせ窓口、受付時間

- ① 処方内容等に関すること（診療、調剤に関する疑義・質疑など）

受付時間 平日：午前9時から午後4時45分

外来診療受付 電話番号 0493-72-2333（代）各診療科・処方医

薬剤部 TEL 0493-72-2333（代）内線番号 2206（緊急時、診療科不明の場合）

\*時間外で緊急を要する場合は、薬剤部に連絡してください。

（対応可能な連絡先をお伝えします）

- ② 保険者番号等に関すること（保険者番号、公費負担など）

受付時間 平日：午前9時から午後4時45分

医事課外来会計 TEL0493-72-2333（代） 外来会計担当

### 2 処方変更・調剤後の連絡

本プロトコルに基づき、処方変更し調剤した場合は、処方箋発行日や処方修正箇所を具体的に記載した処方修正報告書を下記 FAX 番号に送信すること。

第3項の①②③⑤⑦に関しては同一薬剤・同一内容の報告は1回のみとし、2回目以降不要。

④⑥⑧⑨に関しては電子カルテ内の処方を修正し、次回からの処方に反映させます。

一般名処方に基づいて調剤した場合の情報提供書、および後発医薬品の変更報告書の連絡は不要です。「お薬手帳」や「お薬説明書」での情報提供を徹底してください。

FAX:0493-72-0936 薬剤部

3 疑義照会の不要例(ただし、麻薬に関するものは除く)

① 成分名が同一の銘柄変更

例：フォサマック錠 35mg →アレンドロン酸錠 35mg 「○○○」  
→ボナロン錠 35mg

\*先発医薬品同士、後発医薬品から先発医薬品も可

【薬剤料が同額以上の場合は患者の同意が得られれば可。】

\*必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。

② 剤形の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る) \*一般名処方は除く

例：ビオフェルミン R 散 →ビオフェルミン R 錠  
タケプロン OD 錠 15 →タケプロンカプセル 15  
アレロック OD 錠 5mg →アレロック錠 5mg  
(粉砕) アスベリン錠 10mg2 錠 →アスベリン散 10% 0.2g

\*必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。

\*用法用量が変わらない場合のみ可。

\*安定性、溶解性、体内動態等を考慮して行ってください。

\*軟膏→クリーム剤、クリーム剤→軟膏の変更は不可。

③ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)

例： 25mg 錠 1回 2 錠 → 50mg 錠 1回 1 錠  
10mg 錠 1回 0.5 錠 → 5mg 錠 1回 1 錠

\*患者さんに(飲み方、安定性、価格等)説明、同意を得て変更してください。

④ 「患者希望」あるいは「アドヒアランス不良で一包化による向上が見込まれる」の理由により一包化調剤すること(抗腫瘍剤、及びコメントに「一包化不可」とある場合は除く)。

\*上記以外の理由は、合意範囲外とする。

\*必ず患者さんに服用方法ならびに患者負担額について説明後、同意を得て調剤してください。

\*安定性のデータに留意してください。

⑤一般名処方における調剤時の類似剤形への変更(先発品類似剤形への変更を含む)

【般】プロチゾラムOD錠 0.25mg ⇒レンドルミン錠 0.25mg

\*一般名処方においては、下記範囲内で変更を可能とします(先発・後発は問わない)

- ・錠剤、口腔崩壊錠、カプセル剤、丸剤、ゼリー剤(1回分包装の場合)、フィルム剤
- ・散剤、顆粒剤、細粒剤、原末、ドライシロップ剤

・液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る）

\*必ず患者さんに説明し（服用方法、価格）、同意を得て変更して下さい。

⑥薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるため、投与日数を調整（短縮）して調剤すること（外用剤の本数の変更を含む）

例：バイアスピリン錠 100mg      30 日分      →   25 日分（5 日分残薬があるため）  
ヒルドイドソフト軟膏 0.3%      5 本              →   4 本（1 本残薬があるため）

\*必ず、FAX に変更理由を記載し当院へ情報提供をお願いします。変更理由の記載がない場合には、次の診察時に患者に不利益が生じる可能性があるので厳守すること。

⑦患者の希望があった場合の消炎鎮痛外用貼付剤における、パップ剤→テープ剤、テープ剤→パップ剤への変更（成分が同じものに限る。枚数に関しても原則同じとする。）

例：ロキソニンテープ 100mg      →      ロキソニンパップ 100mg

⑧ビスホスホネート製剤の週 1 回あるいは月 1 回製剤が、連日投与の他の処方薬と同一の日数で処方されている場合の処方日数の適正化（処方間違いが明確な場合）

例：（他の薬が 21 日分処方の時）

フォサマック錠 35mg（週 1 回製剤） 1 錠 分 1 起床時 21 日分 → 3 日分

⑨外用剤の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が口頭で指示されている場合（処方せん上、用法指示が空白あるいは「医師の指示通り」が選択されている）に用法を追記すること（薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合）

例：（口頭で腰痛時に腰に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合）

モーラステープ L 3 袋 1 日 1 回      →      1 日 1 回 腰

#### 4 その他

\*「おくすり手帳」、「FAX」等による情報のフィードバックの推進をお願いいたします。

\*薬剤部の情報は、当院薬剤部ホームページ

(<https://www.ogawa.jrc.or.jp/bumon/yakuzai/index.html>) をご覧下さい。

今後も随時情報公開していきますので適宜ご活用下さい。

\*調剤過誤、副作用発生等の連絡、新規合意に関する問い合わせは、下記までお願いします。

連絡先 小川赤十字病院 薬剤部 TEL 0493-72-2333（内線 2206）

令和元年 12 月 9 日（第 1 版）

(添付 1)

## 疑義照会簡素化における合意書

小川赤十字病院（以下、甲という）と保険薬局名称：

（以下、乙という）は甲の院外処方箋における疑義照会の運用について、乙の保険薬局での患者の待ち時間の短縮および処方医の負担軽減の観点から下記の通り合意した。

なお、保険薬局での運用に関しては、患者の不利益に結びつかないように、十分な説明と同意を得てから行うものとする。

### 【 記 】

#### ① 院外処方箋における疑義照会の運用について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル【小川薬薬連携版】」（別紙）に挙げる疑義照会不要例については、包括的に薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する医師の同意がなされたものとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。また、別紙の事項に関して合意した内容は遵守する。

（参考：薬剤師法 23 条）

1. 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。

#### ② 開始時期について

開始時期：令和 年 月 日

#### ③ 合意の解除、内容変更について

合意の解除、内容の変更については、必要時協議を行うこととする

令和 年 月 日

名称（甲）：小川赤十字病院

住所：埼玉県比企郡小川町小川 1525

代表者氏名： 病院長 竹ノ谷 正徳 印

名称（乙）：

住所：

代表者氏名：

印

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師 → カルテ取り込み者

FAX 0493-72-0936

小川赤十字病院 薬剤部

## 処方修正報告書

診療科		医師名	先生	報告日	
-----	--	-----	----	-----	--

患者 ID (病院)		保険薬局番号	
		保険薬局名称	
患者名		住所	
		TEL	
患者同意	<input type="checkbox"/> 得た	FAX	
	<input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師	印

合意に基づき、以下の疑義照会を省略致しました。ご確認お願い致します。

☆処方修正内容 <input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 内服薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> 処方規格変更 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤の処方日数適正化	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 外用貼付剤の変更 <input type="checkbox"/> 外用剤用法の追記 <input type="checkbox"/> その他取り決め事項
★修正箇所詳細記入欄 処方箋発行日 年 月 日 修正箇所	

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認下さい。

TEL : 0493-72-2333 (代) 各診療科・処方医