

2022年3月1日

## 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル

福島県立医科大学附属病院

### 原則事項

- ・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。
- ・『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。
- ・処方変更は、各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更とすること。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・患者に十分な説明（服用方法、安定性、患者負担額等）を行い、同意を得た上で変更する。
- ・在庫がないという理由での変更はしない。
- ・**麻薬及び抗がん剤は本プロトコルに含めない。必ず疑義照会を行うこと。**

### 1. 各種問い合わせ窓口

- ・処方の内容に関する問い合わせ：各診療科外来（代表：024-547-1111）
- ・保険・公費関係に関する問い合わせ：医事課業務係（024-547-1025）
- ・プロトコルに関する問い合わせ：薬剤部薬品情報室（024-547-1406）

上記の受付時間 平日8時30分から17時

### 2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更して調剤した場合は、その内容を記した「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書（以下報告書）」をFAXにて連絡してください（受付時間：9時～17時30分、FAX：024-547-1985）。ただし、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。

### 3. 疑義照会の不要例（ただし麻薬及び抗がん剤に関するものは除く）

#### ①成分名が同一の銘柄変更

例：ベネット錠 17.5mg → アクトネル錠 17.5mg  
→ リセドロン酸 Na 錠 17.5mg 「タナベ」

\*先発品間でも可。

\*必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、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）

例：ミヤ BM 細粒 → ミヤ BM 錠  
ナウゼリン OD 錠 10mg → ナウゼリン錠 10mg  
タケプロンカプセル 15mg → タケプロン OD 錠 15mg  
外用貼付剤： テープ剤 ⇔ パップ剤  
インスリン製剤のデバイス： ペンタイプ ⇔ イノレット  
(粉砕) メジコン錠 15mg 3錠 → メジコン散 10% 45mg(重量は 0.45g)

\*必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、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、冷シップ⇔温シップの変更は不可。

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： 5mg 錠 1回2錠 → 10mg 錠 1回1錠  
10mg 錠 1回 0.5錠 → 5mg 錠 1回1錠

\*必ず患者に服用方法、安定性、患者負担額等を説明後、同意を得て変更してください。

④半割、粉砕、混合など

アドヒアランス等の理由により半割、粉砕あるいは混合すること、あるいはその逆（規格追加 も含む）。ただし、抗がん剤を除く。

逆の場合の例：(粉砕) ワーファリン錠 1mg 2.5錠 → ワーファリン錠 1mg 2錠  
ワーファリン錠 0.5mg 1錠

\*安定性のデータに留意してください。

\*必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、同意を得て変更してください。

⑤一包化

「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（抗がん剤、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。

\*必ず患者に服用方法、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。

⑥一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）

例：(般) ブロチゾラム口腔内崩壊錠 0.25mg  
→ ブロチゾラム OD 錠 0.25mg 「サワイ」  
→ レンドルミン D 錠 0.25mg  
→ レンドルミン錠 0.25mg

\*一般名処方においては、下記に掲げる範囲内で変更を可能とします（先発後発は問いません）。

(ア) 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤、ゼリー剤（1回分包装の場合）、フィルム剤（口腔内崩壊剤）

(イ) 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る）

(ウ) 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）

\*患者に服用方法、患者負担額等を説明後、同意を得て調剤してください。

\*銘柄等については「おくすり手帳」による情報提供を徹底してください。

#### ⑦湿布薬や軟膏での規格変更（合計処方量が変わらない場合）

例：アドフィードパップ 40mg(7枚入り)×5袋→アドフィードパップ 40mg(5枚入り)×7袋  
マイザークリーム 005%(5g) 2本 → マイザークリーム 0.05%(10g) 1本

#### ⑧配合剤への変更

服用歴のある配合剤が、単剤の組み合わせ（同一成分および含量）に変更されたと判断でき、患者が希望した時に元の配合剤へ変更すること（薬歴等に基づき、当院への入院により変更されていることを確認すること）

例：（薬歴上）           ミカムロ配合錠 AP 1錠  
          （今回処方）   テルミサルタン錠 40mg「DSEP」 1錠  
                          アムロジピン OD 錠5mg「トワ」 1錠  
                          → ミカムロ配合錠 AP 1錠 に変更可能

#### ⑨乳酸菌製剤の変更

薬歴等で乳酸菌製剤が継続使用されていることが確認できる場合において、抗菌薬が併用されていない場合のビオフィェルミンRからビオフィェルミンへの変更、又はその逆。

併用期間のみビオフィェルミンRへ変更する場合には、ビオフィェルミンとの合計日数は元のビオフィェルミンの処方日数を超えないこと。

#### ⑩処方日数の適正化

(ア) 隔日投与の場合；「1日おきに服用」と指示された処方薬が、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：（他の処方薬が30日分処方の時）

アトルバスタチン OD 錠10mg「トワ」 1錠 分1朝食後 1日おき 30日分 → 15日分

(イ) 週1回など特殊な用法の場合；DDP-4 阻害薬の週1回製剤、HIF-PH 阻害薬の週3回製剤、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：（他の処方薬が14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 14日分 → 2日分

**\*抗がん剤、リウマトレックスなどは含まないので必ず疑義照会を行うこと。**

#### ⑪用法記載の補完

(ア) 内用薬の用法が頓服あるいは回数指定にて処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されている場合（薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合を含む）の用法の追記  
例：フロセミド錠20mg 1錠 1日1回 ⇒ 1日1回 体重が50kgを超えたとき

(イ) 過去の疑義照会で確認が取れている漢方薬、EPA製剤、EPA・DHA製剤、一部の消化酵素剤、メトクロプラミド、ドンペリドンなど用法が指定されている薬剤における指定以外の用法が記載されていた場合の用法の変更。

例：ナウゼリン錠10mg 3錠 1日3回 毎食後 → 毎食前  
エパデールカプセル 3Cap 1日3回 毎食後 → 毎食直後

#### **2回目以降の疑義照会は不要**

(ウ) ビスホスホネート製剤（内服薬）の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更すること

例：アクトネル錠75mg（月1回製剤） 1錠 朝食後 → 起床時

(エ) 外用薬の場合；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（処方箋上、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：（口頭で痛い時に背中に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合）  
モーラスパップ XR 120mg 3袋 1日1回 → 1日1回 背中

#### ⑫残薬調整に関する疑義照会

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も含む）、および、Do処方が行われたために処方日数が必要日数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化

例：プラビックス錠 25mg 30日分 → 27日分（3日分残薬があるため）

例：ニゾラルクリーム2% 3本 → 2本（1本残薬があるため）

\*必ず、報告書を用いて当院への情報提供をお願いします。報告書がない場合には、次回の診療時に患者に不利益が生じることもあり得るので厳守すること。

**\*麻薬及び抗がん剤は対象外。必ず疑義照会をお願いします。**

\*患者の要望などを理由とした必要以上の増量は不可。

\*次回受診までに薬が不足しないよう十分ご注意ください。

\*検査のみの受診予約もあるため、次回受診日に診察があることを必ず確認すること。

\*処方がすべて削除となった場合には処方箋料の変更が必要となります。医事課業務係へ御連絡ください。

#### 4. その他

\* 「おくすり手帳」、「トレーシングレポート」「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書」等による情報のフィードバックをお願いいたします。

\* 疑義照会については従来通り各診療科へお願いいたします。連絡先 TEL 024-547-1111 (代表)

\* 従来の疑義照会による変更・調剤後の連絡、及び合意に基づく処方変更して調剤した場合は、その内容を FAX にて連絡してください。

(受付時間：9時～17時30分、FAX：024-547-1985)

2022年3月1日(第1版)

令和4年3月1日

保険薬局の皆様

## 『院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコル』合意までの流れ

### 【本取り組みへの参画をご希望される場合】

- ① 福島県立医科大学附属病院薬剤部ホームページ上の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- ② 「合意書」と「保険薬局基本情報提供書」をダウンロードし、印刷する。
- ③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を所定欄に記入する。
  - ※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。
  - ※ 代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします。
  - ※ 登録番号・運用開始日・合意日の記入は行わないでください。
- ④ 「保険薬局基本情報提供書」に記入する。
- ⑤ 記入した合意書2部と「保険薬局基本情報提供書」1部を福島県立医科大学附属病院 薬剤部 医薬品情報室 へ郵送する。

〒960-1295 福島市光が丘1番地  
福島県立医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報室

  - ※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。（切手の貼付は不要です）
- ⑥ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないか確認する。登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書1部を返送する。
- ⑦ 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始する。

以上

# 合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院と（保険薬局名称）は、院外処方箋における疑義照会の運用について、下記の通り合意した。なお、保険薬局での運用においては、患者は不利益を被らないように、十分な説明の上、合意を得てから行うものとする。

記

## 1. 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」（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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

（参考：薬剤師法第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。

## 2. 登録番号 \_\_\_\_\_

3. 運用開始日：令和 年 月 日

## 4. 合意の解除および内容の変更について

合意の解除および内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

以上

令和 年 月 日

名称：公立大学法人福島県立医科大学附属病院

住所：〒960-1295 福島市光が丘1番地

代表者： 病院長 竹石 恭知 印

赤丸で囲った2か所のみ記載すること。  
押印を忘れずに

名称：

住所：

代表者：

印

# 合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院と（保険薬局名称）\_\_\_\_\_は、院外処方箋における疑義照会の運用について、下記の通り合意した。なお、保険薬局での運用においては、患者は不利益を被らないように、十分な説明の上、合意を得てから行うものとする。

## 記

### 1. 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」（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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

（参考：薬剤師法第 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。

### 2. 登録番号 \_\_\_\_\_

### 3. 運用開始日：令和 年 月 日

### 4. 合意の解除および内容の変更について

合意の解除および内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

以上

令和 年 月 日

名称：公立大学法人福島県立医科大学附属病院

住所：〒960-1295 福島市光が丘 1 番地

代表者： 病院長 竹石 恭知 印

名称：

住所：

代表者： 印



## (記載例) 保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	光が丘調剤薬局
薬局名フリガナ	ヒカリガオカチヨウザイヤッキョク
代表者名 (開設者)	医大 太郎
代表者名フリガナ	イダイ タロウ
実務担当者名 (管理薬剤師)	医大 花子
実務担当者名フリガナ	イダイ ハナコ
郵便番号	960-1 ●●●●
住所	福島県福島市光が丘●●番地
電話番号	024-547-●●●●●
FAX 番号	024-547-●●△△
e-mail アドレス	e-mail ; あれば記載をお願いします
営業日	月曜～金曜終日、土曜日は午前中のみ
営業時間	

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報は本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も第三者に提供いたしません。

## 保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	
薬局名フリガナ	
代表者名（開設者）	
代表者名フリガナ	
実務担当者名（管理薬剤師）	
実務担当者名フリガナ	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
e-mail アドレス	
営業日	
営業時間	

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報は本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も第三者に提供いたしません。