

2023 年 7 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。
- ・麻薬及び抗がん薬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薬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、抗がん薬を除く。

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

薬剤師が薬剤管理、利便性等の観点から必要と判断した場合を対象とする。ただし、調剤報酬を伴う場合には「心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な場合」または「多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、服薬間違いを防止する」の理由による場合のみが対象である。（抗がん薬、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）プロチゾラム口腔内崩壊錠 0.25mg

→ プロチゾラム 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ェルミン R からビオフェルミンへの変更、又はその逆。

併用期間のみビオフェルミン R へ変更する場合には、ビオフェルミンとの合計日数は元のビオフ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

***抗がん薬、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) 内服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 3 Cap 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。**

***麻薬及び抗がん薬は対象外。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)

【更新履歴】

2022 年 3 月 1 日 (第 1 版)

2023 年 7 月 1 日 (第 2 版) ⑤ 一包化 について修正 (修正箇所を下線)