

# 疑義照会簡素化プロトコルについて

---

一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院

薬剤科 紺野 恵

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 【目的】

調剤上の形式的小よび典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、患者さんへの薬学的ケアの充実および処方医や保険薬局の負担軽減を図る。

## 【期待される効果】

### ◆患者：保険薬局での待ち時間短縮

⇒調剤時間の確保ができ、患者さんの待ち時間が短縮される

### ◆薬局側：疑義照会に係る業務負担軽減

⇒疑義照会を行う調剤薬局の負担軽減（服薬指導時間の確保につながる）

### ◆病院側：形式的な疑義照会が減る

⇒疑義照会を受ける処方医や職員の負担軽減（診療に専念できる）

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 【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、処方箋を後発医薬品に変更できない。
- 患者に十分な説明(適正な服用・使用方法、安定性、価格等)を行い、理解と同意を得た上で変更する。
- 医療用麻薬、抗がん剤、覚醒剤原料については対象外とする。

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 1. 薬剤の変更

- 同一剤形・同一規格の銘柄変更

例) ジャヌビア錠 ⇒ グラクティブ錠(併売品)

例) 後発医薬品が入手困難な場合の先発医薬品への変更

※必ず患者に服用方法、患者負担金額等を説明後、同意を得ること

- 別規格製剤がある場合の処方規格の変更(安全性・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

例) 10mg錠 1回0.5錠 ⇒ 5mg錠 1回1錠

- 軟膏・クリーム・湿布薬での規格変更(合計処方量が変わらない場合)

例) リンデロンVG軟膏 5g 2本 ⇒ 10g 1本

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 2. 処方日数の変更

- 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)
    - アレンドロン酸錠35mg 1回1錠 週1回28日分(他処方が28日分)
    - ⇒アレンドロン酸錠35mg 1回1錠 週1回4日分
  - 「1日おきに服用」と指示された処方箋が、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)
    - プレドニン錠 1回1錠 1日1回朝食後 1日おき10日分(他処方が10日分)
    - ⇒プレドニン錠 1回1錠 1日1回朝食後 5日分
  - 薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるために、処方日数を調節(短縮)して調剤(外用剤の本数等の変更も含む)
- ※必ずトレーシングレポートを用いて、残薬の背景や理由等も含め情報提供をする

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 3. 調剤方法の変更

- 一包化調剤
- 半割、粉碎、混合調剤

患者希望あるいはアドヒアランス不良で一包化や粉碎により向上が見込まれる場合のみ

※必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、同意を得ること

※安定性のデータに留意すること

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 4. 用法記載の補完

- 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(過去の疑義照会で確認がとれている場合に限る)  
例)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
- 外用剤の用法(適用回数、適用部位、適用タイミング等)が添付文書に従った指示が口頭でされている場合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)

# 疑義照会簡素化プロトコルの運用開始後

疑義の発見

【新しい運用】

疑義照会内容がプロトコルに記載されている場合

プロトコルに基づき  
疑義照会せずに処方変更

処方修正報告書で  
処方変更内容を報告

疑義照会内容がプロトコルに記載されていない場合

処方医へ疑義照会を行う。  
同意が得られれば処方変更し調剤。

事前に合意書の  
取り交わしが必要

必ず患者へ説明を  
行い同意を得ること

合意事項であっても疑義  
照会の必要性がある場合  
は疑義照会を行う

# 疑義照会簡素化プロトコルによる修正報告書提出



(送信先) 大原綜合病院 医事課 FAX:024-526-0376

## 疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日： 令和 年 月 日

処方医	科	先生
患者氏名：	保険薬局名：	
患者 ID：	登録番号：	
処方日：令和 年 月 日	電話番号：	
患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師：	

合意に基づき、以下について疑義照会を省略いたしましたので御報告いたします。

### 【処方修正内容】

- 同一剤形・同一規格の銘柄変更
- 別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- 軟膏・クリーム・湿布薬での規格変更
- 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日数で処方されている場合の処方日数の適正化
- 「1日おきに服用」と指示された処方箋が、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
- 薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるために、処方日数を調節（短縮）して調剤（外用剤の本数等の変更も含む）
- 一包化調剤
- 半割、粉碎、混合調剤
- 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
- 外用剤の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が添付文書に従った指示が口頭でされている場合の用法の追記

### 【詳細箇所詳細記載欄】

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないでください。

緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

2023.04.01

プロトコルに基づいた処方変更は、「処方修正報告書」で報告をお願いします。

合意書に記載された番号を記入してください。

提出先は FAX 024-526-0376 (医事課)

# 疑義照会簡素化プロトコルによる修正報告書提出

令和5年4月1日

保険薬局の皆様

後発医薬品の変更に関する情報提供書

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

については、下記の番号にお送りください。

**FAX：024-526-0376（医事課）**

医事課

「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書」  
「後発医薬品の変更に関する情報提供書」

服薬情報等提供書（トレーシングレポート）

訪問薬剤管理指導報告書

については、下記の番号にお送りください。

**FAX：024-526-0316（薬剤部）**

薬剤部

「トレーシングレポート」  
「訪問薬剤管理指導報告書」

大原総合病院

# 疑義照会簡素化プロトコル(ホームページ掲載)

大原総合病院 (本院) / (健診予防センター) | 大原医療センター | 清水病院 | 大原訪問看護ステーション | 大原看護専門学校 | 財回本部

お問い合わせ Tel 024-526-0300(代表)  
〒960-8611 福島県福島市上町6-1

文字サイズ変更 小 中 大 サイト内検索

HOME 患者さま&お見舞いの方へ 診療科のご案内 病院のご案内 採用のご案内 **①** 医療機関のみなさんへ

診療時間のご案内

【外来受付時間】 月曜～金曜 8:30～11:00  
再来受付機/7:30～(受付休止11:00～12:30)  
※11:00より前に受付終了となる診療科もあります  
診療時間の詳細は各診療科のページをご覧ください  
※午後(12:30～16:00)は予約外来です

【診療開始時間】 9:00～  
休診日/土曜・日曜祝日  
※急患は随時受け入れております

【面会時間】 毎日 14:00～20:00  
医師・職員からの要請や許可がない方の  
時間外面会はご遠慮ください

総合患者支援センター

病薬連携 **②**

外来療法センター  
(院内採用レジメン)

③

様式名	PDF	Word
院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコル	📄	📄
合意までの流れ	📄	📄
合意書(および記載例)	📄	📄
保険薬局基本情報提供書(および記載例)	📄	📄
処方修正報告書	📄	📄
各種書類FAX送信先	📄	📄
上記書式一式	📄	
疑義照会簡素化プロトコル 説明資料	📄	

※Word書類はダウンロードされます

# 疑義照会簡素化プロトコル運用の留意事項

2023年4月1日

## 院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコル

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院

### 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、処方箋を後発医薬品に変更できない。
- ◇ 患者に十分な説明（適正な服用・使用方法、安定性、価格等）を行い、理解と同意を得たうえで変更する。
- ◇ 医療用麻薬、抗がん剤、覚醒剤原料については対象外とする。

### 項目

#### 1. 薬剤の変更

- 同一剤形・同一規格の銘柄変更  
例) ジヤヌビア錠 → グラクティブ錠 (併売品)  
例) 後発医薬品が入手困難な場合の先発医薬品への変更  
\*必ず患者に服用方法、患者負担金額等を説明後、同意を得ること
- 剤形変更 (安定性、利便性の向上のための変更に限る)  
例) 普通錠 ⇄ OD錠  
例) 錠 ⇄ 散  
例) 外用テープ剤 ⇄ パップ剤 (患者の希望があったもの・成分が同じものに限る)  
\*軟膏⇄クリーム剤、冷シップ⇄温シップの変更は不可
- 別規格製剤がある場合の処方規格の変更 (安全性・利便性の向上のための変更に限る)  
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
- 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 (同一成分及び含量) 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  
例) 薬歴上 テラムロ配合錠 AP「DSEP」 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「ファイザー」 1錠  
⇒ミカムロ配合錠 AP 1錠に変更可能
- 軟膏・クリーム・湿布薬での規格変更 (合計処方量が変わらない場合)  
リンデロンVG軟膏 5g 2本 → 10g 1本

プロトコルの内容については、  
十分な理解をお願いいたします。

令和5年4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 大原総合病院ホームページ上の「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部を大原総合病院 薬剤科へ郵送する。

〒960-8611 福島市上町6番1号

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 薬剤科

※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

# 疑義照会簡素化プロトコルの合意書

## 合意書

一般財団法人大原記念財団 大原  
院外処方箋における疑義照会の運  
用においては、患者は不利益を被  
とする。

1. 院外処方箋に係る個別の処方  
「院外処方箋における疑義照会  
については、包括的に薬剤師法第  
別の処方医への同意の確認を

(1) 薬剤師は、医師、歯科医師  
目的で調剤してはならない  
(2) 薬剤師は、処方せんに記載  
科医師又は獣医師の同意を  
い。

2. 登録番号 \_\_\_\_\_

3. 運用開始日：令和 \_\_\_\_年

4. 合意の解除および内容の変更  
合意の解除および内容の変更

## 合意書

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院(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)

(3) 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。

(4) 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

合意年月日は記入しないでください。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

名称：一般財団法人大原記念財団 大原総合病院  
住所：〒960-8611 福島市上町6番1号  
代表者： 病院長 小山 善久 印

赤丸で囲った2カ所のみ記載してくだ  
さい。押印も忘れずにお願いします。

名称：  
住所：  
代表者： \_\_\_\_\_ 印

合意書は薬局店舗ごとに取り交わします。

提出は、病院用と保険薬局用の2通に  
なります。

記載例を参考に赤丸で囲った2カ所のみ  
記載してください。押印も忘れずにお願い  
します。

代表者には、保険薬局の開設者を記載され  
ることをお勧めします。転勤など異動がある  
管理薬剤師の先生の記載はお控えください。

# 保険薬局基本情報提供書

## (記載例) 保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	上町調剤薬局
薬局名フリガナ	ウワマチチョウザイヤックョク
代表者名(開設者)	大原 太郎
代表者名フリガナ	オハラ タロウ
実務担当者名(管理薬剤師)	大原 花子
実務担当者名フリガナ	オハラ ハナコ
郵便番号	960-●●●●
住所	福島市上町●●番地
電話番号	024-526-●●●●
FAX 番号	024-526-●●△△
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。

個人情報につきましては、厳重に管理して利用いたします。情報提供にご協力をお願いいたします。

## 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。

# 疑義照会簡素化プロトコルによる提出書類(まとめ)

提出書類は以下の3点になります。

- ①合意書2通
- ②保険薬局基本情報提供書1部
- ③宛名を記載した返信用封筒(切手の貼付は不要)

## 合意書

一般財団法人大原記念財団 院外処方箋における疑義照会については、患者はとする。

1. 院外処方箋に係る「院外処方箋においては、包括的に別の処方医への同意
  - (1) 薬剤師は、医師目的で調剤し
  - (2) 薬剤師は、処方科医師又は獣医師。
2. 登録番号 \_\_\_\_\_
  3. 運用開始日: 令和 \_\_\_\_\_
  4. 合意の解除および合意の解除および

## 合意書

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院(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)
- (3) 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。
- (4) 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。

登録番号・運用開始日は記入しないでください。

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

合意年月日は記入しないでください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

名称: 一般財団法人大原記念財団 大原総合病院  
住所: 〒960-8611 福島市上町6番1号  
代表者: 病院長 小山 善久 印

赤丸で囲った2ヵ所のみ記載してください。押印も忘れずにお願いします。

名称: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_  
代表者: \_\_\_\_\_ 印

## 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3者に提供いたしません。

書類は、クリアファイルに入れて郵送してください。

# 【合意書、保険薬局基本情報提供書の提出先】

〒960-8611 福島市上町6-1  
大原総合病院 薬剤科 紺野 宛て

※不明な点等がございましたら下記の番号まで  
ご連絡ください。

担当：薬剤科 紺野

TEL：024-526-0300（代表）