

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
- 剤形変更 (普通錠 ⇔ OD錠に限る)
*錠 ⇔ 散、外用テープ剤 ⇔ パップ剤への変更は不可
- 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)
5m g 錠 1回2錠 ⇒ 10m g 錠 1回1錠
10m g 錠 1回0.5錠 ⇒ 5m g 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)
リンデロンVG軟膏 5g 2本 ⇒ 10g 1本

2. 処方日数の変更

- 週一回あるいは月一回製剤が、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 35m g 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 35m g 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)
⇒ 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

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

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）

5. 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。
- 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」等を FAX にて連絡してください。（FAX 024-526-0376 医事課）
- 疑義照会については従来通りへお願いいたします。

月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 024-573-1042（医事課直通）

月曜日～金曜日（上記以外の時間）、土曜日、日曜日、祝日 TEL 024-526-0300（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。（FAX 024-526-0376 医事課）

【更新履歴】

2023年 4月 1日（第1版）

2024年 11月 15日（第2版） 1.薬剤変更に剤形変更を追加（追加箇所を下線）

2023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

合意書

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院と(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)

(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: 西暦 年 月 日

登録番号・運用開始日は記入しないでください。

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。

西暦 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。押印も忘れずをお願いします。

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。

(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	ウワマチチヨウザイヤッキョク
代表者名 (開設者)	大原 太郎
代表者名フリガナ	オオハラ 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3者に提供いたしません。



(送信先) 大原総合病院 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：西暦 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： 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
- 剤形変更（普通錠 ⇄ OD 錠に限る）
- 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）

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）

大原総合病院