

2023 年 5 月 10 日

## 院外処方箋における問い合わせ簡素化の Protokol

社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院  
診療技術部 薬剤室

### (銘柄名処方に係る原則)

- ・ 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。

また、「院外処方箋における問い合わせ簡素化 Protokol の合意書」に基づき調剤をするにあたり、下記事項を遵守すること。

(ア) 患者や家族に対し、処方内容の変更による費用の増減等の説明を必ず行い、同意を得ること。

(イ) 処方医の指示やコメントを優先すること。特に、疑義照会簡略化不可のコメントがある場合、全ての Protokol 対象外とする。

(ウ) 処方内容変更を、「お薬手帳」や「トレーシングレポート」等を用いて、連絡すること。(お薬手帳を用いた場合は、次回受診時、処方医へ必ず見せるよう指導すること)

(エ) 麻薬・抗悪性腫瘍剤については本 Protokol の対象としない。

(オ) 本 Protokol の運用および算定に際し、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則や生活保護法、厚生局の指導を遵守して対応すること。

(カ) 判断に悩む場合は、薬局で拡大解釈をせず、必ず疑義照会すること。

### 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 8 時 30 分から午後 5 時

病院代表 078-261-6711 から、直接診療科に確認して下さい。

(※当院は FAX による疑義照会を受付けておりません。)

午後 5 時以降は、薬剤室で引き継ぎますが、出来るだけ午後 5 時までのご確認にご協力願います。

② 保険者番号等に関すること (保険者番号、公費負担など)

病院代表から医事室につないでもらい、確認して下さい。

病院代表 TEL078-261-6711

受付時間 平日：午前 9 時から午後 5 時

## 2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更し調剤した場合は、当院 HP にアップロードしている専用の報告書式を用いて、必要事項を明記の上、その内容を FAX にて薬剤室に連絡してください (078-261-6742)。一度ご連絡いただいた変更内容についても、調剤のたびに毎回連絡して下さい。また、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. 問い合わせの不要例 (ただし、変更不可の指示がある場合、麻薬、抗悪性腫瘍薬に関するものは除く。)

### ① 成分名が同一の銘柄変更

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

※先発品間でも可 (但し薬剤料が同じあるいは低くなる場合のみ)。

※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。

※疑義照会簡略化不可とコメントがある場合は、本項を含む全てのプロトコルによる変更不可となる。

### 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：ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠

アレロック OD 錠 5mg → アレロック錠 5mg

タケプロン OD 錠 30 → タケプロンカプセル 30

(粉砕) アストミン錠 10mg 2 錠 → アストミン散 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：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

※患者さんに (飲み方、安定性、価格等) 説明、同意の上変更してください。

④ 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、抗腫瘍剤を除く。

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。

⑤ 「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「1 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。

⑥ 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること（合計処方量が変わらない場合）

例：インドメタシンパップ 70mg(7 枚入り)×5 袋

→インドメタシンパップ 70mg(5 枚入り)×7 袋

例：マイザー軟膏 0.05%(5g) 2 本 → マイザー軟膏 0.05%(10g) 1 本

⑦ 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 OD 錠 0.25mg

→ プロチゾラム OD 錠 0.25mg 「サワイ」（従来より可）

→ レンドルミン D 錠 0.25mg（従来より可）

→ グッドミン錠 0.25mg（従来より可）

→ 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）

※患者さんに（飲み方、価格等）説明、同意の上調剤してください。

※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。

⑧ 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 処方が行なわれたために、処方日数が次回診察や入院日までの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。ただし、インスリンなど自己注射を行う薬剤は対象外とする。

例：プラビックス錠 75mg 30 日分 → 27 日分（3 日分残薬があるため）

例：ルリコンクリーム 1% 3 本 → 2 本（1 本残薬があるため）

※必ず、トレーシングレポートを用いて当院への情報提供をお願いします。トレーシングレポートがない場合には、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。

※「重複投薬・相互作用等防止加算」の算定は不可とする。

※処方日数よりも残薬の方が多い場合でも、1 日分とするなど完全に処方を無くさないこと。

※インスリンなど、自己注射製剤の本数変更の場合は、電話による疑義照会を行って下さい。また、患者申告の残薬と調剤歴を照会してアドヒアランス不良が疑われるケースなども、トレーシングレポートによる情報提供をお願いします。

⑨ 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、神鋼記念病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）ミカルディス錠 40mg 1 錠 1 錠

アムロジピン OD 錠 5mg 1 錠

→ ミカムロ配合錠 AP 1 錠 に変更可能

⑩ 服用歴のある配合剤において、配合剤および含有する単剤が、神鋼記念病院（院内）で採用されていないために、配合剤の片方の成分が同効薬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、神鋼記念病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）ミコンビ配合錠 AP 1 錠（テルミサルタン 40mg ヒドロクロロチアジド<sup>®</sup> 12.5mg）

（今回処方）テルミサルタン錠 20mg 2 錠

フルイトラン錠 1mg 1 錠

→ ミコンビ配合錠 AP 1 錠 に変更可能

⑪ 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 からビオスリー配合錠への変更、またはその逆（併用期間のみビオフィェルミン R を追加する場合には、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）

⑫ 薬歴等で処方されるべきでない診療科からの処方であることが明確な場合における、オーダー時の警告を無視したと思われる重複処方の削除（処方期間が重なり、処方期間中に元の処方診療科を受診することが確認された場合に限る）

例：（薬歴上）A 科処方 アリセプト D 錠 5mg

B 科処方 バイアスピリン腸溶錠 100mg

（今回処方）A 科処方 アリセプト D 錠 5mg

B 科処方 バイアスピリン腸溶錠 100mg

アリセプト D 錠 5mg

→ B 科のアリセプト D 錠 5mg 削除可能

⑬ 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：ロキソニンパップ 100mg → ロキソニンテープ 100mg

⑭ 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）

アレンドロン酸錠 35mg（週 1 回製剤） 1 錠 分 1 起床時 14 日分 → 2 日分

⑮ 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

⑯ 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 を超えた時

例：ピコスルファートナトリウム内用液 0.75%1 本 便秘時 → 便秘時 就寝前 15 滴

⑰ 曜日指定や「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 28 日分処方の時）

ダイフェン配合錠 1 錠 分 1 朝食後 月曜日・木曜日 28 日分 → 8 日分

※調剤する曜日によって、若干の日数変動可

⑱ 自己注射薬の針の処方において、次回受診日までに本数が不足すると判断される場合に処方数を適正化すること（ただし、次回受診日まで継続が確認できる場合に限る。）

例：マイクロファインプロ（70本入り）1箱→2箱

※患者の要望などを理由とした必要以上の増量は不可とする。必ず次回診まで必要最小数とする。

⑲ 患者希望による経腸栄養剤のフレーバーを変更すること。ただし、剤型・用量の変更は不可とする。

例：ラコールNF配合経腸用液(コーヒーフレーバー) → (バナナフレーバー)

※あくまで患者の嗜好によるフレーバー変更に限るので、患者と相談して変更すること。

#### 4. その他

\*「おくすり手帳」、「トレーシングレポート」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。

\*トレーシングレポートの情報は、当院ホームページ『保険薬局の皆様へ』

(<https://shinkohp.jp/network/insurance-pharmacy>) をご覧下さい。

\*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、下記までお願いいたします。

連絡先： 病院代表電話から薬剤室につないで下さい。 （代表）TEL 078-261-6711

担当 依藤（ヨリフジ）

2023年 5月 10日（第1版）