

# 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル

独立行政法人地域医療機能推進機構仙台南病院

薬剤部

## 処方変更に関わる原則

- ①疑義照会簡素化を希望する場合、「疑義照会簡素化における合意書」を結ぶこと。
- ②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・押印がある場合には、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ③「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。
- ④処方変更は、各医薬品の保険適応および用法用量を遵守した変更とする。また、医薬品の安定性や溶解性、体内動態を十分に考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ⑤患者に十分な説明（服用方法、安定性、価格等）を行い、理解と同意を得た上で変更する。
- ⑥麻薬、抗悪性腫瘍薬、注射薬、吸入薬については、疑義照会プロトコルの適用としない。

### 1. 各種問い合わせ窓口

(1) 処方内容

TEL : 022-306-1711 (代表) 薬剤部

(2) 保険関係(保険者番号、公費負担など) 、残薬調整

TEL : 022-306-1711 (代表) 医事課外来

(3) 当プロトコルについて

TEL : 022-306-1711 (代表) 薬剤部担当者

### 2. 当プロトコルに基づいて変更された処方についての連絡方法

当プロトコルに基づいて処方内容を変更して調剤した場合は、原則同日中に下記のFAX番号に変更内容が分かる資料を送信して下さい。ただし、一般名処方に基づいて調剤した場合、変更報告の連絡は不要です。

FAX : 022-306-1712

### 3. 運用開始日

令和4年6月10日

### 4. 疑義照会不要例

- ① 薬歴上、継続処方されている処方薬に残薬があるため、処方日数を調整(短縮のみ)して調剤すること(外用薬の数量変更も含む)

例：レバミピド錠 100mg 30日分→20日分（10日分残薬があるため）  
ヒアルロン酸点眼液 0.1% 3本→2本（1本残があるため）

※前回処方から継続されている薬剤に限る

※日数の延長（外用薬の増量含む）が必要な場合には疑義照会が必要

※処方箋における「保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応」で、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」の項にチェックがある場合は、疑義照会が必要です。

- ② 患者や患者家族から一包化の申し出があり、アドヒアランスの向上が見込まれると判断された場合の一包化調剤

※処方箋上に「一包化不可」のコメントがある場合を除く

※患者負担額が発生する場合、必ず同意を得て調剤して下さい

- ③ 患者や患者家族から一包化不要との申し出があり、アドヒアランスに問題ないと判断された場合の一包化指示の削除

- ④ ビスホスホネート製剤における明らかな日数間違い

※連日内服製剤を週1回内服などのように減量して内服することがあるため、あくまで日数を減らす場合に限る。日数を増やす場合には疑義照会が必要。下記の例を参照。

<疑義照会必要(事後報告不可)>

例：ベネット錠 2.5mg 1錠 1日1回 起床時 月曜日のみ内服 1日分  
→ベネット錠 2.5mg 1錠 1日1回 起床時 連日内服 7日分

<疑義照会不要(事後報告可)> ※他剤が35日分処方だった場合

例：ベネット錠 17.5mg 1錠 1日1回 起床時 週に1回内服 35日分  
→ベネット錠 17.5mg 1錠 1日1回 起床時 週に1回内服 5日分

- ⑤ 「隔日服用」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のみ)

例：(他の処方薬が 30 日分だった場合)

バクタ錠 1錠 30日分 隔日服用 → バクタ錠 1錠 15日分 隔日服用

- ⑥ 服用歴のある配合剤が入院などにより単剤の組み合わせ(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すること

例：(薬歴などでミカムロAPの服用歴を確認できる場合)

テルミサルタン錠 40mg 1錠

アムロジピン錠 5mg 1錠

→ミカムロ配合錠 AP 1錠

- ⑦ 湿布剤における用法が添付文書上と相違があった場合の変更

例： モーラステープ L 1日2回 → 1日1回

モーラスパップ 1日1回 → 1日2回

※ただし、医師から個別で指示を受けていると患者から申し出があった場合には疑義照会が必要

※整形外科は医師から個別で指示を受けている場合があるので、初回は疑義照会が必要

- ⑧ 湿布剤の剤形変更(同じ成分の場合)

例： ロキソニンパップ 100mg → ロキソニンテープ 100mg

- ⑨ 外用剤における使用部位が無記載だが、薬歴や患者面談により使用部位が明確な場合の使用部位コメントの追記

例： モーラステープ L 1日1回 → 1日1回 腰

⑩ 外用薬の包装規格変更（合計処方量が変わらない場合）

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

⑪ 成分名が同一の銘柄変更（後発変更不可の場合を除く）

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

※先発医薬品同士、後発医薬品から先発医薬品も可

※ただし薬剤料が同じあるいは低くなる場合のみ可

⑫ 剤形変更（安定性、利便性向上のための変更に限る）

例： アムロジン錠 5mg → アムロジン OD 錠 5mg

※剤形変更不可と記載あるときは不可

※適応症、用法・用量が変わらない場合のみ可

※軟膏→クリーム剤、クリーム剤→軟膏は不可

⑬ 処方規格変更（規格が複数ある医薬品の場合）

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

⑭ アドヒアランス等の理由により処方薬剤を半割、粉砕、混合することあるいはその逆（規格追加も含む）

例： ワーファリン錠 1mg 2.5錠（粉砕）  
→ ワーファリン錠 1mg 2錠、ワーファリン錠 0.5mg 1錠

※抗腫瘍薬は不可

⑮添付文書で明らかに決められている用法の適正化

例： ベイスン OD 錠 0.2mg 3錠 1日3回 毎食後 → 毎食直前

※ただし、医師から個別で指示を受けていると患者から申し出があった場合には  
疑義照会が必要

⑯プロトンポンプ阻害薬、P-CAB 処方継続確認の場合、処方箋備考欄へ「再燃・再発性  
逆流性食道炎の維持療法」のコメントを記載する。

例： タケキャブ錠 20mg 1錠 1日1回（8週間以上継続確認）

→ 備考欄へ「再発再燃を繰り返す性逆流性食道炎の維持療法」のコメントを  
記載する