

# 院外処方箋における 疑義照会簡素化マニュアル

Ver. 2024. 1

公益財団法人丹後中央病院 薬剤科

## 目次

### 頁

1. 疑義照会簡素化の目的と原則	1
2. 処方変更に係る原則	1
3. 疑義照会 各種問い合わせ窓口	2
4. 処方変更・調剤後の連絡	2
5. 疑義照会不要例（ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く）	2
書式1 疑義照会簡素化における合意書	5
書式2 残薬調製に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）	6

## 1. 疑義照会簡素化の目的と原則

薬物治療管理の一環として、調剤上の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での負担軽減を図る目的で「院外処方箋における疑義照会簡素化マニュアル」を運用する。

院外処方せん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、以下の項目については、薬局での患者の待ち時間の短縮や処方医の負担軽減の観点から、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。

原則として疑義照会を不要とする項目

- ① 成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）
- ② 内用薬の剤形の変更
- ③ 内用薬における別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④ 患者負担額について説明同意の上行う半錠、粉碎あるいは混合
- ⑤ 患者負担額について説明同意の上行う一包化
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装・規格変更
- ⑦ その他、合意事項

\*具体的な疑義照会不要例は、項目5に示す。

## 2. 処方変更に係る原則

- 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」（P5参照）を提出すること。
- 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、各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更とすること。その際、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。
- ⑤服薬方法・安定性・価格等について、患者に十分な説明を行い、同意を得た上で変更すること。
- ⑥処方医に情報提供した内容は、必ず患者の「お薬手帳」にも記載する。また、患者に対して、毎回の診察時に「お薬手帳」を主治医に提示する旨を徹底する。なお、通常は手帳シールを貼付するだけで差し支えない。

### 3. 疑義照会各種問い合わせ窓口

#### ①処方内容（診療、調剤に関する疑義・質疑など）

受付時間

月・水・金曜日 午前8時30分～午後7時

火・木曜日 午前8時30分～午後5時

土曜日（第2・第4） 午前8時30分～正午0時

TEL：0772-62-7759（薬剤科直通）

0772-62-0791（代表）各診療科

FAX：0772-62-7746（薬剤科直通）

上記以外の時間帯は疑義照会書（診療時間外用）にその旨を記載し、当院医事課へFAXする。

FAX：0772-62-5897

#### ②保険関係（保険者番号、公費負担など）

月・水・金曜日 午前8時30分～午後7時

火・木曜日 午前8時30分～午後5時

土曜日（第2・第4） 午前8時30分～正午0時

TEL：0772-62-0791（代）医事課

上記時間内のみ対応いたします。

### 4. 処方変更・調剤後の連絡

同一成分、同一用量で処方変更し調剤した場合は、報告は不要とします。なお、通常の疑義照会による変更の場合はFAXでの連絡をお願いします。また、残薬調整を行った場合は、処方箋の送信だけでなく、残薬が生じた理由と残薬を回避するために取った対応についての情報提供\*をFAXで送信頂くようお願いします。

（\*情報提供につきましては、書式は問いませんが、書式2 「残薬調製に係る服薬状況提供書」（P6参照）と同様な内容を記載下さい）

FAX：0772-62-7746 薬剤科

### 5. 疑義照会不要例（ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く）

#### ①成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）

例：フォサマック錠35mg → アレンドロン酸錠35mg 「日医工」等の後発品

フォサマック錠35mg → ボナロン錠35mg 先発品から先発品への変更

#### ②剤形の変更

例：アリセプト錠5mg → アリセプトD錠5mg

ミヤBM細粒 → ミヤBM錠

\*用法用量が変わらない場合のみ可

\*クリーム剤→軟膏、軟膏→クリーム剤の変更は不可

③別規格製剤がある場合の処方規格の変更

例： 5 m g錠 1回 2錠 → 10 m g錠 1回1錠

20 m g錠 1回0.5錠 → 10 m g錠 1回1錠

④服薬状況等の理由により処方薬剤を半錠や、同一処方内で混合すること、あるいはその逆（規格の追加を含む）

例：錠剤が大きく服用し難いので割線で半錠にしてあげた

逆の例：

(粉砕) ワーファリン錠1 m g 2.5錠 → ワーファリン錠1 m g 2錠

ワーファリン錠0.5 m g 1錠

\*ただし粉砕化、混合（散薬で別Rpの薬をまとめて混合）は不可

\*必ず患者に服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て変更のこと

⑤処方薬剤を服用状況等の理由により、一包化調剤すること。逆に一包化指示がある場合に患者希望で一包化しない場合は事後報告すること。

\*「一包化不可」の処方を除く

\*患者希望あるいはアドヒアランス不良が一包化により改善されると判断できる場合

\*必ず患者に服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て変更のこと

⑥貼付剤や軟膏類の包装・規格変更

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

アドフィードパップ (6枚) 7袋 → アドフィードパップ (7枚) 6袋

\*合計処方量が変わらない場合のみ可

⑦外用剤の全量処方への変更

例：ヘモホリゾン軟膏 4 g 2 × 14日分

→ ヘモホリゾン軟膏 56 g 1日2回 1回2 g

⑧「1日おきに服用」「週に1回服用」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

例：(他の処方薬が28日処方の時)

バクタ配合錠 1錠 分1朝食後 1日おき 28日分 → 14日分

アクトネル錠17.5 m g 1錠 分1起床時 毎金曜日 28日分 → 4日分

⑨「薬局へ：錠剤一包化」と指示された処方に、薬理的・製剤的観点（吸湿性・遮光・硬度・冷所保管 等）の理由で一包化から外す時

例：アスパラカリウム錠、デパケン錠、カバサル錠 他

⑩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）。なお、残薬が多く処方日数が0日になってしまう場合、処方が削除されてしまう為1日分残して下さい。

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）

ルリコンクリーム1% 3本 → 2本（1本残薬があるため）

\*処方箋における、残薬を確認した場合の対応において、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」の項目にチェックがある場合を除く。

⑪ビスホスホネート製剤（内用薬）の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更すること。

⑫食後・食前の処方で、添付文書上、食直後・食直前と記載させているものの変更

例：ベイスン錠0.3mg 3T 分3毎食前→ 3T 分3 毎食直前

⑬エンシュアリキッドなどのフレーバーの変更

例：エンシュアリキッド バニラ味 12本 → バニラ味 6本 コーヒー味 6本

⑭疑義照会で確認が取れている漢方薬、メトクロプラミド、ドンペリドン等の「食後」投与

例：大建中湯 7.5g 分3毎食後 → 2回目以降の疑義照会は不要

⑮貼付剤・塗布剤・点眼液などの外用剤について、処方箋に使用回数・使用部位などの

記載がない場合は、患者に聴取しその内容に齟齬がないと判断できれば、それをもとに調剤して構わない。ただし、患者の理解が明確でない場合や不明な点があった場合は、必ず疑義照会を行うこと。

⑯その他

書式1

## 疑義照会簡素化における合意書

公益財団法人 丹後中央病院（以下、甲という）と\_\_\_\_\_（以下、乙という）は、乙の保険薬局における甲の院外処方せんに係わる薬剤師法第24条の取り扱いについて、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 院外処方せんにおける疑義照会の運用について

以下の場合に原則として疑義照会を不要とする。

- ① 成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）
- ② 内用薬の剤形の変更
- ③ 内用薬における別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④ 患者負担額について説明同意の上行う半錠、粉碎あるいは混合
- ⑤ 患者負担額について説明同意の上行う一包化
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装・規格変更
- ⑦ その他、合意事項

※④⑤については病院側で処方データの修正が必要な為、事後報告して下さい。様式は問いません。

#### 2 開始時期について

開始時期：

#### 3 内容変更について

内容の変更については、必要時協議を行うこととする

西暦 年 月 日

名称（甲）：公益財団法人 丹後中央病院  
住 所：京都府京丹後市峰山町杉谷158-1

代表者氏名：病院長 印

名称（乙）：

住 所：

代表者氏名： 印

書式2

公益財団法人丹後中央病院 薬剤科 FAX：0772-62-7746

保険薬局 → 薬剤科 → 診療録

公益財団法人 丹後中央病院 宛

報告日： 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 先生 御机下 科	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者名： 処方日：	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整を行いましたのでご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます

残薬調整した内容※
残薬の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し、服用を中止した <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細
薬剤師としての提案事項