

2023 年 12 月 1 日 施行（第 1 版）

2024 年 3 月 1 日 改訂（第 2 版）

院外処方箋における問い合わせ簡略化に関する事前同意プロトコル

医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院

1. 基本事項

- ・ 本プロトコルは、医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院^{※1}と当院が発行する院外処方箋の調剤を応需される保険薬局間で、疑義照会を実施する際の手順として、両者間で合意の上実行する。
- ・ 本プロトコルの合意に基づき、保険薬局での患者の待ち時間短縮や処方医の負担軽減の観点から、下記第 4 項の事例①から⑦において、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、個別の処方医への直接確認を不要とする[※]。
- ・ 本プロトコルの実施において、患者の不利益とならないよう、患者に十分な説明（負担差額、変更点、適正な服用・使用方法など）を行い、同意を得た上で変更する。
- ・ 医薬品の変更にあたっては、患者様の嚥下機能、医薬品の安定性や溶解性、体内動態等を十分に考慮したうえで変更する。
- ・ 「後発医薬品変更不可」「規格・剤型変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ・ 各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更を行う。
- ・ 本プロトコルは必要に応じての直接照会や法令遵守の立場を妨げるものではない。
- ・ 生活保護受給の患者様においては、平成 30 年 10 月改正の指定医療機関医療担当規則に則り、後発品使用の原則に準拠すること。

※1：2023 年 11 月より在宅医療科のみ先行開始、2024 年 3 月より全診療科での対応とする。

※2：2010 年 4 月 30 日付 厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」等において推奨された、薬剤師の積極的な活用内の対応と判断する。

2. 問い合わせ窓口および FAX 送付先

※在宅診療科とその他の科にて問い合わせ・FAX 先が異なりますのでご注意ください。

① 処方内容（調剤に関する疑義・質疑など）

② 保険関係（保険者番号、公費負担など）

受付時間：平日午前 9 時から午後 4 時 30 分（土曜日は 11 時 30 分）

・ 全科（在宅診療科を除く） TEL：045-871-8855（代表）

FAX：045-862-0673（代表）

・ 在宅医療科

TEL：045-871-5841（在宅医療センター直通）

FAX：045-871-8892（在宅医療センター直通）

③ プロトコルに関すること、その他処方箋等の運用等（トレーニングレポート送付先は第 6 項参照）

薬剤科・芦塚

TEL：045-871-8855（代表）

Mail：t-ashizuka@nishiyokohama.or.jp

3. 処方変更・調剤後の連絡方法

- ・ 処方変更し調剤した場合は、変更内容を記入した処方箋を上記の FAX 番号に送信してください。
- ・ 残薬調整の場合は処方箋の送信に加え、トレーシングレポートでの情報提供が必要となります（6 項・その他参照）。
- ・ 一般名処方箋における調剤内の一般的対応については本プロトコルの合意締結の有無に拘らず全て連絡不要としますが、お薬手帳内の表記は、可能な限り商品名でお願いいたします。

4. 疑義照会不要例

次に記す項目に関する疑義照会は省略を可能とする。

① 成分・用法・用量が同一の薬剤への変更

※ 当院は令和 5 年 4 月 11 日より一般名処方による院外処方箋を発行している。

※ 医薬品の安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性向上する場合に限る。

(ア) 一般名表記による処方箋の調剤ルール内の変更

・ 先発品（同一規格・同一剤型）

例 【般】アムロジピン錠 5 mg ⇒ ノルバスク錠 5 mg

・ 後発品（別剤形・同一規格）

例 【般】アムロジピン錠 5 mg ⇒ アムロジピン OD 錠 5 mg 「サワイ」

・ 後発品（同一剤型・別規格）

例 【般】アトルバスタチン錠 10 mg ⇒ アトルバスタチン錠 5 mg 「サワイ」 2 錠

(イ) 先発品→他メーカー先発品への変更（銘柄変更）

例 グラクティブ錠 50 mg ⇔ ジャヌビア錠 50 mg

(ウ) 内服薬の規格変更（先発品・一般名処方における変更を含む）

例 アマリール錠 1mg 3 錠 → アマリール錠 3mg 1 錠

ワーファリン錠 1mg 0.5 錠 → ワーファリン錠 0.5mg 1 錠

レボフロキサシン錠 500mg 1 錠 → レボフロキサシン錠 250mg 2 錠

(エ) 内服薬剤形の変更

例 普通錠・カプセル ⇔ OD 錠

カプセル ⇔ 錠剤

ボナロン錠 35mg → ボナロン経口ゼリー 35mg

ビオフェルミン R 錠 ⇔ ビオフェルミン R 細粒

(オ) 抗菌薬併用時の乳酸菌製剤を耐性乳酸菌製剤への変更

耐性乳酸菌製剤は併用抗菌薬の種類を考慮すること

(カ)服用歴のある配合剤への変更

入院や、配合剤の流通の影響等で、単剤の組み合わせへの変更がなされたと薬歴やお薬手帳等で判断された場合、患者さんの希望で元の配合剤へ変更する事。

(キ)外用薬の規格変更

例 マイザー軟膏 10g 1本 ⇔ マイザー軟膏 5g 2本

湿布薬の1袋当たりの枚数の違いを考慮した枚数変更

(ただし、枚数に変更となる場合は患者了承の上、増加数が最小限となるよう
毎数を増やすことのみ可とし、63枚を上限とする)

② 投与日数の調整

※ 投与日数は短縮のみを可とし、延長の場合は疑義照会を行うこと。

(ア)薬剤の特性および、他の薬剤の日数から、処方日数の間違いが明確な場合。

例 アレンドロン酸錠 35 mg (週1回内服) 1錠 28日分 ⇒ 4日分

(イ)薬歴上または、実際の薬剤から残薬がある場合の投与日数の短縮

6.その他 残薬調整についてを参照

(ウ)用法が隔日や曜日指定の薬剤の処方日数が、連日服用する薬剤と日数が同じだった場合の日数の適正化 (外用剤の本数の変更を含む)

例 他の処方が30日分の処方

バクタ配合錠 1錠 朝食後 30日分 隔日服用 ⇒ 15日分

③ 一包化調剤

※ 一包化加算の算定要件を満たし、算定する場合は患者の負担増について説明する事。

※ 各医薬品の特性 (吸湿性の高いもの、遮光が必要なものなどは一包化しない) に留意し、調剤を行う事。

④ 用法の変更

(ア)明らかな用法間違いの変更

例 アレンドロン酸錠 35 mg 1錠 朝食後 ⇒ 起床時

ミチグリニド Ca10 mg 3錠 3×毎食後 ⇒ 3×毎食直前

※ 治療上の問題であえて保険診療上と異なる用法で処方されている場合があるため、患者・家族、お薬手帳等での確認を必ず行う事。

※ 漢方薬は処方箋の用法に従うものとする。

(イ) 外用剤の用法の追記

用法（使用部位など）が空白、1日の回数、タイミングなどが記載されていない場合、患者からの聞き取りで薬袋、説明用紙にその旨を加えることを可とする。ただし、適応上認められない部位や回数でない場合に限る。

例 ロキソプロフェン Na テープ 1日1回 貼付 ⇒ 1日1回 1回1枚 腰部

(ウ) 屯用の用法の修正

用法が明らかに異なっており、かつ屯用服用タイミングが限られる場合、保険診療上認められている用法へ変更することを可とする。ただし、不穏・不安など複数の適応がある場合は疑義照会を必要とする。

例 センノシド 1回1錠 発熱時 ⇒ 便秘時

⑤ 局方医薬品および基礎的医薬品の銘柄変更

上記薬剤は先発・後発医薬品の区分から除外されるが、同成分内の変更を可とする。

※ただし、医師が変更不可とコメントを記載している場合は除く。

例) 亜鉛華軟膏「日医工」 ⇒ 亜鉛華軟膏「ニッコー」

白色ワセリン「ヨシダ」⇒ プロペト「丸石」

⑥ 嚥下困難患者への粉碎調剤

嚥下が困難あるいは、経管投与の患者において患者の同意を得た上での散薬・OD錠への変更、粉碎調剤を可とする。ただし、製剤上の特性を損なわないことを前提とし、吸湿性の高い薬剤、粉碎後の安定性が悪い薬剤等、化学的な性質も考慮する事。

5. 本プロトコルより除外する薬剤の変更

- ① 吸入薬のデバイス変更
- ② 麻薬、覚せい剤原料及び抗悪性腫瘍剤
- ③ インスリンや骨粗鬆症治療における自己注射製剤のデバイス変更
- ④ 外用薬の“**剤型**”変更

1 本あたりの内容量等の規格変更は可だが、クリーム→軟膏など基剤が変わるものの変更は必ず疑義照会を行うものとする。

- ⑤ その他、デバイス変更

6. その他

① 残薬調整に関する注意事項

- ※ 残薬調整を行った場合は、変更内容を記載した処方箋の FAX の他、トレーシングレポートを用いて残薬が生じた理由に関する情報提供をお願いします。
- ※ 著しくアドヒアランスが不良である事例等は、事後報告ではなく疑義照会での変更をお願いします。

② トレーシングレポートの送付先

- ※ トレーシングレポートは薬剤科で受け付けております。変更処方箋の FAX 先とは異なりますのでご注意ください。

トレーシングレポート送付先

西横浜国際総合病院 薬剤科 FAX : 045-866-2423