

## 院外処方せん疑義照会簡素化プロトコル

2021.12.1

独立行政法人国立病院機構  
まつもと医療センター

### I. 疑義照会簡素化プロトコルについて

- ① 本プロトコルを希望する場合、「疑義照会簡素化における合意書」を提出して下さい。
- ② 本プロトコルを運用した場合はトレーシングレポートにて当院薬剤部に FAX 送信してください。
- ③ 後発医薬品の変更、一般名処方より調剤した薬剤名についてはお薬手帳に記載し、FAX による報告は不要です。
- ④ 処方せん内に医師のコメントがある場合は、コメントを優先します（「変更不可」等）
- ⑤ 処方変更は、各医薬品の保険適応、適応症及び用法用量を遵守した変更として下さい。その際、安全性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合にのみ変更できます。
- ⑥ 服用方法・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して下さい。
- ⑦ 麻薬、抗がん剤については本プロトコルの適用としません。

## II. 疑義照会不要例

### 1. 成分が同一の医薬品の銘柄変更（変更不可の処方を除く）

例1：グラクティブ錠 50 mg → ジャヌビア錠 50 mg

例2：アレンドロン酸錠 35 mg「日医工」 → フォサマック錠 35 mg

- ・先発医薬品→先発医薬品への変更可能
- ・後発医薬品→先発医薬品への変更も可能とする。
- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・適応症が異なる場合、適応外使用にならないように留意すること。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行うこと。

### 2. 成分が同一の内服医薬品の剤形変更（剤形変更不可の処方を除く）

例1：アムロジン錠 5 mg → アムロジン OD 錠 5 mg

例2：ミヤ BM 細粒 → ミヤ BM 錠

例3：アルダクトンA錠 25 mg 0.5 錠（粉碎指示） → アルダクトンA細粒 10%0.125 g

- ・用法・用量が変わらない場合のみ可とする。
- ・安全性や溶解性、体内動態を考慮した上で、問題ない場合のみ変更すること。
- ・軟膏剤からクリーム剤、クリーム剤から軟膏剤の変更は不可とする。
- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

### 3. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更（含量規格変更不可の処方を除く）

例1：20 mg 錠1回2錠 → 40 mg 錠1回1錠

例2：20 mg 錠1回0.5錠 → 10 mg 錠1回1錠

- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

### 4. 軟膏や湿布薬での用量規格の変更（合計処方量が変わらない場合に限る）

例1：マイザー軟膏 0.05% 5g2本 → マイザー軟膏 0.05% 10g1本

例2：セルタッチパップ 70(6枚入)×7袋 → セルタッチパップ 70(7枚入)×6袋

- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。

### 5. 服用歴のある配合剤を単剤の組み合わせに変更すること、あるいはその逆

例1：ミカムロ配合錠 AP1錠 → アムロジピン錠 5mg1錠 + テルミサルタン錠 40mg1錠

例2：アムロジピン錠 5mg1錠 + テルミサルタン錠 40mg1錠 → ミカムロ配合錠 AP1錠

- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。

6. 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ェルミン R からビオフェルミンへの変更、またはその逆（抗菌薬併用期間のみビオフェルミン R を追加する場合には、ビオフェルミンとの合計日数は元のビオフェルミンの処方日数を超えないこと）

- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。

7. 消炎鎮痛外用剤におけるパップ剤からテープ剤への変更、またはその逆

例 1：ロキソニンパップ 100 mg → ロキソニンテープ 100 mg

- ・添付文書上用法が異なる場合は不可とする。
- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・「剤形変更不可」の指示がある場合は不可とする。
- ・有効成分・含量が同一で枚数が同じものに限り変更を可能とする。

8. アドヒアランス等の理由により半割、粉碎あるいは混合すること、あるいはその逆（規格追加も含む）。

例 1: ダイフェン配合錠 1 錠 → ダイフェン配合錠 0.5 錠×2

例 2: ワーファリン錠 1 mg 3.5 錠 → ワーファリン錠 1 mg 3 錠  
ワーファリン錠 0.5 mg 1 錠

- ・患者に変更理由、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

9. 服薬状況の不良改善等の理由により、一包化調剤すること、および一包化指示があっても患者の状況を鑑みシート調剤を行うこと。

- ・一包化あるいはシート調剤によりアドヒアランスが向上すると判断される場合に限る。
- ・患者に変更理由、服用方法、薬剤費等を説明し、必ず同意を得ること。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

10. 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 1: アクトネル錠 17.5 mg（週 1 回製剤）1 錠/分 1 起床時 14 日分 → 2 日分

- ・処方間違いであることが明らかの場合に限る（疑わしい場合は疑義照会を行う）。

11. 「1 日おきに服用」や「月・水・金に服用」等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1：ラシックス 20 mg 1錠分 1 朝食後 隔日投与 30 日分 → 15 日分

(他の連日投与医薬品の処方日数が 30 日分の場合)

- ・処方間違いであることが明らかの場合に限る（疑わしい場合は疑義照会を行う）。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

12. 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（外用剤の数量変更を含む）。

例1：アムロジン錠 5 mg 1錠 30 日分 → 20 日分（10 日分残薬があるため）

例2：リンデロン VG 軟膏 0.12%10 g 3 本 → 2 本（1 本残薬があるため）

- ・院外処方せんの「保険薬局が残薬を確認した場合」において、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」が指示されている場合は、プロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。
- ・日数の短縮の場合に限る（削除する場合や日数の延長の場合は疑義照会を行う）。
- ・外用剤の本数の変更を含む（減量の場合に限る）。
- ・麻薬、抗がん剤はプロトコル適用対象外とし、疑義照会を行う。

※患者等からの聞き取りにより、残薬が生じた理由について考察し、必要に応じて情報提供を行うことが望ましい。

13. 用法が承認内容と異なる場合で疑義照会を省略できるもの。（変更不可の処方を除く）

（以下に記載した先発医薬品とその後発医薬品、及び漢方エキス製剤についてのみ有効とする。）

① メトクロプラミド錠/プリンペラン細粒/ドンペリドンドライシロップの食後用法

（承認内容：食前）

→処方通り調剤。コメント「〇〇はコンプライアンス向上のため食後服用」

② 漢方エキス製剤の食後用法（承認内容：食前又は食間）

→処方通り調剤。コメント「〇〇はコンプライアンス向上のため食後服用」

③ ボグリボース OD 錠/グルコバイ錠/グルファスト錠/スターシス錠/セイブル錠の食前用法（承認内容：食直前）

→食直前に変更したうえで調剤

④ モンテルカスト OD 錠/モンテルカスト細粒/レボセチリジン塩酸塩 OD 錠/ザイザルシロップの夕食後用法（承認内容：寝る前）

→処方通りに調剤。コメント「〇〇はコンプライアンス向上のため夕食後服用」

⑤ テオフィリン徐放錠/テオフィリンドライシロップ/オロパタジン塩酸塩 OD 錠/パラプレジック顆粒の朝夕食後用法（承認内容：朝食後及び寝る前）

→処方通りに調剤。コメント「〇〇はコンプライアンス向上のため朝夕食後服用」

⑥ アレンドロン酸錠 35mg/アクトネル錠 75mg の朝食前用法（承認内容：起床時）

→起床時に変更したうえで調剤

- ・「変更不可」の指示がある場合は不可とする。
- ・初回の処方箋で上記用法の場合は、疑義照会を行うこと。
- ・患者に服用方法を説明すること。

### Ⅲ. 各種問い合わせ窓口

- 処方内容に関すること（疑義照会を含む）

各種診療科窓口

- 保険者番号等に関すること（保険者番号、公費負担など）

医事課

- 本プロトコルに関すること

薬剤部

病院代表 TEL:0263-58-4567

- 疑義照会後の病院への情報提供先

病院代表 FAX : 0263-86-3183

- トレーシングレポートの送信先

薬剤部 FAX : 0263-57-6950