

2019 年 11 月 19 日
2024 年 11 月 18 日改訂
2025 年 5 月 7 日改訂

院外処方箋・疑義照会簡素化プロトコール

諏訪中央病院 薬剤部

・院外保険調剤薬局においては、本プロトコールを適正に運用するために、疑義照会簡素化プロトコールの主旨や各項目の内容について薬剤部担当者から説明をお聞きいただいた上で、合意書を交わすことを必須条件とする。

・「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、記銘、押印がある場合は疑義照会簡素化プロトコールにより処方薬を変更することはできない。

・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。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。

・患者に十分な説明（適正な服用・使用方法、安定性、価格等）を行い、理解と同意を得た上で変更を行ってください。

・処方変更を行い調剤した場合は、その内容を F A X にて薬剤部に連絡してください。
ただし、一般名処方に基づいて調剤した場合の情報提供、および後発医薬品の変更報告書の連絡は不要です。

連絡先

〒391-8503 長野県茅野市玉川 4300 番

諏訪中央病院 薬剤部

電話 0266-72-1000（代）

FAX 0266-71-2051

疑義照会不要例

1. 成分名が同一の銘柄変更 (バイオシミラーは成分名が同一ではないため不可)

(ただし麻薬、抗悪性腫瘍薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く)

○照会不要で良い例

先発医薬品間での変更

ジャスピア錠 50mg → グラクティブ錠 50mg

後発医薬品から先発医薬品への変更

ロキソプロフェン Na 錠 60mg 「OHA」 → ロキソニン錠 60mg

×照会が必要な例

用法、用量が変更になるため不可

ムコソルバン L 錠 45mg 1錠 分1 → ムコソルバン錠 15mg 3錠 分3

薬物動態が変化するため不可

テオロン錠 200mg → ユニフィル LA 錠 200mg

アダラート L 錠 10mg → アダラート CR 錠 10mg

2. 剤形の変更

(ただし麻薬、抗悪性腫瘍薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く)

○照会不要で良い例

リリカカプセル 75mg → リリカ OD 錠 75mg

カルボシステイン DS50% 3g 分3 → ムコダイン錠 500mg 3錠 分3

バイアスピリン錠 100mg → アスピリン末 0.1g

×照会が必要な例

薬物動態が変化するため不可

イトリゾール内用液 1% 5mL → イトリゾールカプセル 50mg

軟膏→クリーム剤、クリーム剤→軟膏の変更は不可

マイザー軟膏 0.05% 10g → マイザークリーム 0.05% 10g

3. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更

(ただし麻薬、抗悪性腫瘍薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く)

○照会不要で良い例

ノルバスク錠 5mg 2錠 → ノルバスク錠 10mg 1錠

フェブリク錠 40mg 0.5錠 → フェブリク錠 20mg 1錠

4. 服用歴のある配合剤が、当院入院により単剤の組み合わせ（同一成分および含量）に変更されたと判断でき、患者が希望した場合、元の配合剤に変更すること。又はその逆。

○照会不要で良い例

お薬手帳等により、エクメット配合錠 HD の服用歴を確認した

エクア錠 50mg 2錠 分2、メトグルコ錠 250mg 4錠 分2

→ エクメット配合錠 HD 2錠 分2

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。（ただし、抗悪性腫瘍薬、及びコメントに一包化不可、PTP 調剤とある場合は除く）

※必ず、患者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。

6. アドヒアランス等の理由により、粉碎あるいは混合調剤をすること。あるいはその逆。

7. 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→パップ剤の変更。また、同一成分の消炎鎮痛外用貼付剤における温感タイプ、冷感タイプの変更。

○照会不要で良い例

ロキソニンテープ 100mg → ロキソニンパップ 100mg

ロキソプロフェン Na テープ 50mg 「タイホウ」（温感タイプ）

→ ロキソプロフェン Na テープ 50mg 「久光」（冷感タイプ）

× 照会が必要な例

用量が変更になるため不可

ロキソニンテープ 50mg → ロキソニンテープ 100mg

8. 外用剤における包装単位による処方枚数の適正化（必要以上の増減は行わないこと）

（ただし、麻薬、向精神薬は除く）

○照会不要で良い例

ロキソニンテープ 100mg（7枚/袋） 48枚 → 42枚もしくは49枚（7枚の倍数）

ジクロフェナク Na ゲル（50g/本） 25g → 50g

ネオキシテープ 73.5mg（7枚/袋） 50枚 → 42枚もしくは49枚（7枚の倍数）

9. 週1回・月1回製剤が連日投与の他の処方薬と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化（処方日数間違いが明確な場合）

○照会不要で良い例

他の処方薬が56日分のとき

フォサマック錠 35mg（週一回製剤） 1錠 分1 起床時 56日分 → 8日分

ザファテック錠 100mg（週一回製剤） 1錠 分1 朝食後 56日分 → 8日分

10. 「1 日おきに服用」、「非透析日に服用」、「週 1 回 毎週月曜日に服用」などと指示された処方薬が連日投与の他の処方薬と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化

(処方日数間違いが明確な場合)

○照会不要で良い例

他の処方薬が 28 日分のとき

バクタ配合錠 1 錠 分 1 朝食後 (隔日投与) 28 日分 → 14 日分

リウマトレックス Cap 2mg 3Cap 分 1 朝食後 週 1 回 毎週月曜日 28 日分 → 4 日分

11. 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 (処方せんに、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) の用法の追記

12. 処方日数の延長 (ただし麻薬、抗悪性腫瘍薬に関するものは除く)

薬歴上、継続処方されている処方薬で処方日数が必要日数に満たないと判断される場合に処方日数を次回、受診日まで適正化すること。(ただし、投与日数の延長は次回、受診日までに休薬や中止がなく継続が確認できる場合に限る。患者の要望などを理由とした必要以上の増量を行わない。)

なお、処方日数の延長については保険調剤薬局から当院薬剤部への問い合わせを行い、電子カルテ等により次回受診日の確認を行うことを条件とする。

例)

・次回受診日が 30 日後の場合

アムロジピン OD 錠 2.5mg 1 錠 分 1 朝食後 21 日分→30 日分

トレシーバ注フレックスタッチ (300 単位) 1 日 1 回就寝前に 28 単位 2 キット→3 キット

マイクロファインプラス (32G×4mm) 14 本→30 本

以上