

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール

松江生協病院

(処方変更に係る原則)

- ・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。
- ・「変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ・処方の変更は、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。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・患者に十分な説明(服用方法、安定性、価格等)を行い、同意を得た上で変更する。

1. 各種問い合わせ窓口

受付時間 平日:午前 9 時から午後 5 時 第 2、第 4 土曜日:午前 9 時から午後 13 時

① 処方内容等に関すること(診察、調剤に関する疑義・質疑など)

FAX 番号:各診療科・処方医

小児科	61-2330
神経内科	61-2331
整形外科	61-2332
泌尿器科・腎透析科	61-2333
皮膚科・メンタルヘルス科	61-2334
内科・放射線科	61-2335
外科・脳外科	61-2336
耳鼻科・眼科	61-2337
女性診療科・乳腺科	61-2338

② 保険に関すること(保険者番号、公費負担など)

FAX 番号:ふれあい医事課 20-7707

③ 疑義照会簡素化プロトコールに関すること

FAX 号:薬剤部 0852-22-3173

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更し調剤した場合は、変更後の処方箋、および変更内容を記載した施設間情報連絡書(トレーシングレポート)を FAX にて薬剤部に送信してください(FAX 番号:0852-22-3173)。可能な限り、オーダリングシステム内の処方を変更し、次回からの処方に反映させます。

3. 疑義照会の簡素化の例(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

例:ポナロン錠 35mg → フォサマック錠 35mg
アレンドロン酸錠 35mg「〇〇」

* 先発品同士でも可(ただし、薬剤料の違いについて患者さんに説明後、同意を得て変更してください。保険薬局に在庫がないと言う理由での変更はできません。)

② 剤形の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)

例:ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠
アムロジピン錠 5mg → アムロジピン OD 錠 5mg
アレロック OD 錠 5mg → アレロック錠 5mg
(粉碎)ムコダイン錠 500mg 1錠 → ムコダイン DS50% 1g

* 用法用量が変わらない場合のみ可。

* 安定性、溶解性、体内動態、服用状況等を考慮して行ってください。

* 軟膏→クリーム剤、クリーム剤→軟膏の変更は不可。

③ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)

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

④ 服薬状況等の理由により処方薬剤を無料で半割、粉碎、混合すること、あるいはその逆(規格追加も含む)。ただし、抗がん薬を除く。

逆の場合の例:(粉碎)ワーファリン錠 1mg 2.5錠 → ワーファリン錠 1mg 2錠
ワーファリン錠 0.5mg 1錠

* 安定性のデータに留意してください。

* 必ず患者さんに服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て変更してください。

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、一包化調剤が治療上必要性があると判断されるものに対し無料で一包化調剤を行うこと。あるいはその逆。

(抗がん薬及びコメントに「一包化不可」とある場合は除く)。

* 上記以外の理由は、合意範囲外とする。

* 必ず患者さんに服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て調剤してください。

* 安定性のデータに留意してください。

⑥ 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること(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

- ⑦ 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(外用剤の数量の変更も含む)、及び Do 処方が行われたために処方日数が必要日数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化。

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)

* 必ず施設間情報連絡書を用いて残薬が生じた理由、残薬を回避するために取った対応に関する当院への情報提供をお願いします。施設間情報連絡書がない場合には、次回の診療時に患者さんに不利益が生じることもあり得るので厳守すること。

* 処方箋における「保険薬局が残薬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は、処方医に疑義照会した上で変更してください。

* 前回処方から継続されている薬剤に限る(頓服処方は除く)。

- ⑧ 服薬歴がある配合剤が、単剤の組み合わせ(同一成分および同一含量)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(薬歴等に基づき、当病院への入院による変更が明らかな場合に限る)。

例:(薬歴上) ミカムロ配合錠 AP 1 錠
(今回処方) ミカルデイス錠 40mg 1 錠
アムロジピン OD 錠 5mg 1 錠
→ ミカムロ配合錠 AP 1 錠 に変更可能

- ⑨ 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(併用期間のみビオフェルミン R へ変更する場合には、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)。

- ⑩ 薬歴等で処方されるべきでない診療科からの処方であることが明確な場合における、重複処方の削除(処方期間が重なり、処方期間中に元の処方診療科を受診することが確認された場合に限る)。

例:(薬歴上) A 科処方 アリセプト D 錠 5mg
B 科処方 バイアスピリン錠 100mg
(今回処方) A 科処方 アリセプト D 錠 5mg
B 科処方 バイアスピリン錠 100mg
アリセプト D 錠 5mg
→ B 科のアリセプト D 錠 5mg を削除可能

- ⑪ 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→パップ剤への変更(成分が同じものに限る。枚数に関しても原則同じとする)。

- ⑫ DPP-4 阻害薬の週1回製剤、あるいはビスホスホネート製剤の週1回、月1回製剤が、連日投与の他の処方箋と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化(処方間違いが明確な場合)。

例:(他の処方薬が 14 日分処方するとき)

ザファテック錠 100mg(週 1 回製剤)1 錠分1朝食後 14 日分 → 2 日分
ボナロン錠 35mg (週 1 回製剤)1 錠分1起床時 14 日分 → 2 日分

- ⑬ 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、用法を追記すること(処方箋上、用法指示が空白で、薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合)。

例:(口頭で腰痛時に腰に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合)

モーラステープL 3 袋 1 日 1 回 → 1 日 1 回 腰

- ⑭ 内用薬の用法が頓服あるいは回数指定で処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されている場合(薬歴上あるいは患者面談上、用法が明確な場合を含む)の用法の追記。

例:ラシックス錠 40mg 1 錠 1 日 1 回 → 1 日 1 回 体重が 50kg を超えた時

- ⑮ 「1 日おきに服用」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)。

例:(他の処方薬が 30 日処方のとき)

バクタ配合錠 1 錠 分1朝食後 1 日おき 30 日分 → 15 日分

- ⑯ 医師の了解のもとで処方されている漢方薬、EPA 製剤、プリンペラン、ナウゼリンの食後投与
* 患者面談上、食後投与が妥当と判断された場合に限る。

4. その他

* 処方変更された場合は、「施設間情報連絡書(トレーシングレポート)」による薬剤部への連絡が必要です。
なお従来は、後発医薬品の変更調剤をされました場合に、当院への FAX による情報提供をお願いしておりましたが、今後は不要とさせていただきます。
患者さんに対する「お薬手帳」や「お薬説明書」で薬物治療の安全性向上のための情報提供を徹底して頂きますようお願いいたします。

* 「施設間情報連絡書」や薬剤部の情報は、ふれあい診療所ホームページ
(<http://www.matsue-seikyo.jp/fureai/index.html>)をご覧ください。

* 調剤過誤、副作用発生等の連絡、新規合意に関する問い合わせは、下記までお願いします。

連絡先:薬剤部 薬品情報室

☎0852-23-1111(代表)、FAX:0852-22-3173(薬剤部)

5. 運用開始日

平成 30 年 4 月 1 日

平成 30 年 4 月 1 日(第 1 版)

FAX: 0852-22-3173



トレーニングレポート（施設間情報連絡書）

処方医: _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名: (ID: _____)	保険薬局 名称・住所
処方箋 No.: _____	
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師: _____ 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、報告すべき点がありますので、確認いただきますようお願いいたします。

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供(ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他(_____)
----	---

薬剤師からの情報提供・提案内容(※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること)

次頁に処方箋を FAX いたします。

※ 残薬が生じた理由(複数選択可)

- 飲み忘れが積み重なった
- 新たに別の医薬品が処方された
- 飲む量や回数を間違っていた
- 同じ医薬品が処方されていた
- 自分で判断し飲むのをやめた(理由: _____)
- 処方日数が服用日数より多かった
- その他(_____)

※ 残薬を回避するための対応(必ず選択してください)

- 適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。
- 合意に基づいた簡素化プロトコールに従い、調剤内容を一部変更しました(一包化・剤形変更など)
- その他(_____)

◇ 医師への提案

- (変更 or 中止)を提案します。(理由/提案内容: _____)
- その他(_____)

<注意> この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。

ふれあい診療所処方内容等 照会表

疑義照会は必ずFAXにてこの照会 **処方箋** を当該病院問い合わせ先へご送信下さい。

保険薬局名	薬局			薬局FAX番号
薬剤師名	処方箋発行日	年	月	日
患者氏名	患者ID			
診療科	医師名			

内 容

平成 年 月 日

回 答

回答者: 必ずご記入くださいますようお願いいたします

診療科		医師名	
薬剤部		医事課	

