

# 院外処方箋における問い合わせ事前合意プロトコル

福井赤十字病院 薬剤部

## (目的)

- 厚生労働省医政局通知（医政発 0430 第 1 号）の発出に伴い、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、患者の待ち時間軽減および患者への薬学的ケアの充実を図る目的で、医療機関と保険薬局との間で事前に合意を結ぶものである。

## (銘柄名処方に係る原則)

- 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。
- 「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。

## 1. 各種問い合わせ窓口、受付時間

### ①処方内容等に関すること(処方に関する疑義・質疑など)

薬剤部 TEL : 0776-36-1850 (直通) FAX : 0776-34-6601

### ②保険に関すること(保険者番号、公費負担など)

受付日時 平日 8 : 30～17 : 00

各科外来受付 TEL : 0776-36-3630 (代)

受付日時 時間外・休日

救急外来受付 TEL : 0776-36-3630 (代) (内線番号 : 6190)

## 2. 問い合わせ時の連絡

処方内容に関する問い合わせの場合は、その内容を事前に FAX にて薬剤部に送信し、電話連絡してください。

プロトコルにより処方変更し調剤した場合は、その内容を事後に FAX にて薬剤部に送信してください。

オーダーリングシステム内の処方を修正し、次回からの処方に反映させます。

ただし、一般名処方に基づいて調剤した場合の文書等による報告は不要です。

## 3. 問い合わせの不要例（ただし、麻薬に関するものは除く）

### ①成分名が同一の銘柄変更

例：フォサマック錠 35mg → ボナロン錠 35mg

→ アレンドロン酸錠 35mg 「日医工」

- \*先発品間でも可(但し薬剤料が同じあるいは低くなる場合のみ)。
- \*必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。

## 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：ミヤ BM 細粒 → ミヤ BM 錠

イグザレルト OD 錠 10mg → イグザレルト錠 10mg

タケプロン OD 錠 30 → タケプロンカプセル 30

(粉砕)イーケプラ錠 500mg 2 錠 → イーケプラドライシロップ 50% 2g

- \*必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。
- \*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

- \*患者さんに(飲み方、安定性、価格等)説明、同意の上変更してください。

## ④「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(「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。
- \*安定性のデータに留意してください。

## ⑤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：ジクトルテープ 75mg(1 枚入り)×14 袋 → ジクトルテープ 75mg(7 枚入り)×2 袋

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

- \*湿布薬の規格変更（モーラスパップ XR120mg→240mg）は不可

⑥一般名処方における調剤時の類似剤形への変更(先発品類似剤形への変更を含む)

例:【般】ブロチゾラム OD 錠 0.25mg

→ ブロチゾラム OD 錠 0.25mg 「サワイ」

→ レンドルミン D 錠 0.25mg

→ グッドミン錠 0.25mg

→ レンドルミン錠 0.25mg

\*一般名処方においては下記に掲げる範囲内（（ア）から（ア）への変更は可、（ア）から（イ）への変更不可）で変更を可能とします(先発、後発は問いません)。

（ア）錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤、ゼリー剤(1回分包装の場合)、フィルム剤(口腔内崩壊剤)

（イ）散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る)

（ウ）液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る)

\*患者さんに(飲み方、価格等)説明、同意の上調剤してください。

\*銘柄等については「おくすり手帳」による情報提供を徹底してください。

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(外用剤の本数の変更も含む)

例:クロピドグレル錠 75mg 「SANIK」 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)

\*必ずトレーシングレポートを用いて当院への情報提供をお願いします。

トレーシングレポートがない場合には、次回の診療時に患者に不利益が生じることもあり得るので厳守すること。

\*投与日数の延長については疑義照会をお願いします。

#### 4. その他

- \*合意書を提出される際は、当院保管用、保険薬局保管用として2部の提出をお願いします。
- \*「おくすり手帳」、「トレーシングレポート」等による情報のフィードバックの推進をお願いいたします。
- \*トレーシングレポート、当院採用薬の情報は当院ホームページ『保険調剤薬局の方へ』をご覧ください。随時情報公開していきますので適宜ご活用下さい。
  
- \*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 TEL0776-36-1850（直通）、FAX 0776-34-6601

# 合意書

福井赤十字病院と保険薬局名称:

は、院外処方箋における問い合わせの運用について、下記の通り合意した。

なお、保険薬局での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

## 記

### 1 院外処方箋における問い合わせの運用について

以下の場合に原則として処方医への問い合わせを不要とする

- ① 成分名が同一の銘柄変更
- ② 剤形の変更
- ③ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④ 「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
- ⑤ 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること
- ⑥ 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更
- 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

### 2 開始時期について

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より開始とする

### 3 合意の解除、内容の変更について

合意の解除、内容の変更については、必要時協議を行うこととする

以上

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所 福井県福井市月見2丁目4-1

名称 福井赤十字病院

代表者氏名 病院長

印

住所

保険薬局名称

代表者氏名

印