

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル

1. はじめに

- ① 病院より、処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルについての説明を受け、「日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル合意書」を取り交わしてください(記載要項は、当院、薬剤部ホームページにあります)。
- ② 当院ではプロトコルに則った変更結果については、FAX にて報告をお願いします。
- ③ 本プロトコルについては、今後、改定される場合がありますので、当院、薬剤部ホームページ掲載の最新版を必ずご確認ください。

2. 手順

「日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル合意書」を取り交わした保険薬局において、本プロトコルを実施する際は、下記第 3 項の問い合わせ不要の項目 1)から12)に該当するものについて以下の手順をとってください。

- ① 全ての対応は、患者に十分な説明を行い、必ず、同意を得てください。特に金額や服用方法の変更が発生する場合については十分な説明を行い、同意を得てください。
- ② 問い合わせを簡素化し、処方内容を変更して処方箋調剤を実施してください。
- ③ 処方箋調剤後、処方箋の変更内容について、その日のうちに指定の書式にて日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 薬剤部へ FAX にて報告をお願いします。

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」(保医発 0305 第 12 号)における、「変更不可」、「含量規格変更不可」および「剤形変更不可」の記載がある場合には、その指示に従ってください。また、プロトコル以外の疑義照会および判断に悩む場合は、拡大解釈をせず、通常の疑義照会(各科外来へ電話確認)を行ってください。患者へ著しく不利益を与えた場合には、合意書の締結を解除する場合があります。

3. 問い合わせの不要の項目(ただし、麻薬・抗悪性腫瘍剤は除く)

1) 成分名が同一の銘柄変更(ただし変更不可の処方除く)

例 1: フォサマック錠 35mg → ボナロン錠 35mg (先発→先発)

例 2: ロキソプロフェン錠 60mg「EMEC」 → ロキソニン錠60mg(後発→先発)

適応がある場合のみ変更可能です。先発品間での変更、後発品から先発品への変更も可能です。ただし、抗てんかん薬、生物学的製剤および漢方薬については対象外とします。

2) 剤形の変更(薬剤の安定性を考慮し、患者の利便性が同等もしくは向上する変更に限る)

例 1: アムロジン錠5mg → アムロジンOD錠5mg

例 2: タケプロン OD 錠 30 → タケプロンカプセル 30

例 3: (粉碎)アスピリン錠 10mg 2 錠 → アスピリン散 10% 0.2g

[変更不可の例]

例 4: ニフェジピン L 錠 10mg → × ニフェジピン CR 錠 10mg

薬剤師が患者に必ず服用方法と金額の説明を行い、同意を得た後に実施してください。用法用量が変わらない場合、適応がある場合のみ変更可能です。薬価が高くなる場合も可ですが、必ず患者に同意を得てください。薬剤の安定性や溶解性や体内動態を把握し、患者の利便性が同等もしくは向上することを確認してください。ただし、抗てんかん薬および漢方薬は不可とします。

3) 別規格製剤がある場合の薬剤規格の変更(薬剤の安定性を考慮し、患者の利便性が同等もしくは向上する変更に限る)

例: アーチスト錠 1.25mg 1 回 2 錠 → アーチスト錠 2.5mg 1 回 1 錠

薬剤師が患者さんに必ず服用方法と金額の説明を行い、同意を得た後に実施してください。用法用量が変わらない場合、適応がある場合、生物学的同等性が保たれる場合のみ可能です。薬価が高くなる場合も可ですが、必ず患者さんに同意を得てください。薬剤の安定性や溶解性や体内動態を確認し、患者の利便性が同等もしくは向上することを確認してください。ただし、漢方薬と外用薬の変更は不可とします。

4) 錠剤の半割や粉碎、あるいはその逆(薬剤の安定性を考慮し、患者の利便性が同等もしくは向上する変更に限る)

逆の場合の例

(粉碎)チラーヂンS 50 μ g 0.25 錠 → チラーヂンS 12.5 μ g 1 錠

薬剤師が患者さんに必ず服用方法と金額の説明を行い、同意を得た後に実施してください。用法用量が変わらない場合のみ可能です。薬価が高くなる場合も可ですが、必ず患者さんに同意を得てください。薬剤の安定性や溶解性や体内動態を把握し、同等の治療効果ならびに患者の利便性が同等もしくは向上する場合に実施してください。ただし、抗てんかん薬および外用薬の変更は不可とします。

5) 調剤報酬に関わらない理由:「患者の希望」および「アドヒアランス不良の患者で一包化により向上が見込まれる」により実施する一包化(コメントに「一包化不可」の場合を除く)

薬剤師が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。薬剤の安定性に留意してください。上記以外の理由は、合意範囲外とします。

6) 湿布薬や軟膏での包装規格変更、および消炎鎮痛外用貼付剤における同成分のパップ剤からテープ剤への変更(その逆)(合計処方量が変わらない場合)

例 1: モーラスパップ 30mg (7 枚入り)×6 袋 → モーラスパップ 30mg (6 枚入り)×7 袋

例 2:ロキソニンパップ 100mg → ロキソニンテープ 100mg

例 3:リンデロンVG軟膏 0.12%(5g) 2 本 → リンデロンVG軟膏 0.12%(10g) 1 本

本来は、薬剤師の裁量にて実施できる項目ですが、変更後、医師と患者の間でこの変更によるトラブルが生じないために、調剤後に、必ず変更内容を所定の書式にてFAX送信にて報告してください。

7) 薬剤師が残薬確認時に処方薬の残薬を把握した場合の投与日数の調整(短縮)(外用剤の本数の変更も含む)

例 1:オルメサルタン錠 20mg 30 日分 → 26 日分 (4 日分残薬があるため)

例 2:ラミシールクリーム 1% 30g → ラミシールクリーム 1%20g(1本残薬があるため)

薬剤師が必ず患者さんに変更することを説明して同意を得てから実施してください。ただし、薬の残薬以上に処方日数を減じることは不可とします。

処方不要の場合、および、処方せんにおける「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うえで調剤」の項目にチェックがある場合は、処方医に疑義照会したうえで変更してください。

8) 隔日服用の指示がある、または週1回あるいは月1回服用の指示がある薬剤が、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:(他の処方薬が 14 日分処方の時)

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

例 2:(他の処方薬が 30 日分処方の時)

リピトール錠5mg 1 錠 分 1 朝食後 1 日おき 30 日分 → 15 日分

薬剤師が必ず患者さんに変更することを説明して同意を得てから実施してください。

9) 内服薬または外用剤の用法に関して、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・回数が明確な場合)の用法の追記

例 1:ブロチゾラム錠 0.25mg 1 錠/頓用 医師指示 → 1 錠/不眠時

例 2:(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

10)ビスホスホネート製剤(内服薬)・αグルコシダーゼ阻害剤・睡眠導入剤において、用法の誤りが明確な場合のみ、添付文書通りの用法へ変更

例 1:ベネット錠 17.5mg(週 1 回製剤)1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後 → 起床時

例 2:ボグリボース OD 錠 0.2mg 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後 → 朝食直前

例 3:ベルソムラ錠 15mg 1 回 1 錠 1 日 1 回 就寝前 → 就寝直前

薬歴上あるいは患者面談上、用法の誤りが明確な場合のみ、修正が可能です。薬剤師が必ず患者さんに変更することを説明して同意を得てから実施してください。

ただし、漢方薬、EPA 製剤、EPA・DHA 製剤、メトクロプラミド、ドンペリドンの「食後」投与については、添付文書の記載と異なっても、アドヒアランス不良の改善や薬効に問題がないと判断できる場合など、薬剤師が用法に合理性があると判断できる場合は、処方箋通りの用法で調剤可能です。

※「プロトコルに従い、食後投与で調剤」等と記載し FAX で報告すること。

- 11) 患者の希望により、服用歴のある配合剤で、単剤の組み合わせ(同一成分および含量)に変更された場合の元の配合剤への変更、あるいは単剤の組み合わせから配合剤に変更された場合の元の単剤への変更(当院の入院により変更していることを確認)

例:(薬歴上) ミカムロ配合錠 AP 1T

(今回処方) ミカルデイス錠 40mg 1T、アムロジピン OD 錠 5mg 1T

⇒ ミカムロ配合錠 AP 1T に変更可能

- 12) 経腸栄養剤(エンシュア(H)・ラコール NF 等)のフレーバーが処方されている場合の患者の希望による他のフレーバーへの変更

例:エンシュア・H 抹茶味 24 缶 1日1缶 → 黒糖味

薬剤師が必ず患者さんに変更することを説明して同意を得てから実施してください。

4. 各種問い合わせ窓口・受付時間

院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルについて

受付時間 平日 8 時 50 分～17 時20分

薬剤部 医薬品情報課 TEL:052-481-5111(代表) FAX:052-485-1124

5. 注意点

- ・必ず患者の同意を得たうえで実施してください。
- ・上記に該当しない変更を含む問い合わせは、必ず通常の疑義照会(各科外来へ電話確認)を行ってください。
- ・本プロトコルについては、当院、薬剤部ホームページ掲載の最新情報を必ずご確認ください。

<https://www.nagoya-1st.jrc.or.jp/department/group/pharmacy/>

院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル合意書

(初版 1.0)

甲：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院と乙：保険薬局名称：

は、院外処方箋に係る薬剤師法第23条第2項の取り扱いについて、下記の通り合意した。

記

院外処方に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

以下の項目については、薬局の患者の待ち時間の短縮や処方医の負担軽減の観点から、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ものとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。ただし、麻薬および抗悪性腫瘍剤は除くこととする。

- 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薬剤規格の変更
- 4) 錠剤の半割や粉砕、あるいはその逆
- 5) 調剤報酬に関わらない理由：「患者の希望」および「アドヒアランス不良の患者で一包化により向上が見込まれる」により実施する一包化
- 6) 湿布薬や軟膏での包装規格変更、および消炎鎮痛外用貼付剤における同成分のパップ剤からテープ剤への変更(その逆)
- 7) 薬剤師が残薬確認時に処方薬の残薬を把握した場合の投与日数の調整(短縮)
- 8) 隔日服用の指示がある、または週1回あるいは月1回服用の指示がある薬剤が、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
- 9) 内用薬または外用剤の用法に関して、具体的な用法が口頭等で指示されている場合の用法の追記
- 10) ビスホスホネート製剤(内服薬)・ α グルコシダーゼ阻害剤・睡眠導入剤において、用法の誤りが明確な場合に、添付文書通りの用法へ変更
- 11) 患者の希望により、服用歴のある配合剤で、単剤の組み合わせ(同一成分および含量)に変更された場合の元の配合剤への変更、あるいは単剤の組み合わせから配合剤に変更された場合の元の単剤への変更
- 12) 経腸栄養剤のフレーバーが処方されている場合の患者の希望による他のフレーバーへの変更

以上

合意日：令和 年 月 日

甲：住所 名古屋市中村区道下町3丁目35番地 電話番号 052-481-5111
名称および代表者

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 院長 印

乙：住所／電話番号

保険薬局名称

代表者氏名 印

この合意を証するため本書2通を作成し、甲、乙両者記名押印の上、各自1通を保有する。なお合意日と運用開始日は同日とし、甲が手続き完了時に記載するものとする。

院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル合意書

(初版 1.0)

甲：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院と乙：保険薬局名称：

は、院外処方箋に係る薬剤師法第23条第2項の取り扱いについて、下記の通り合意した。

記

院外処方に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

以下の項目については、薬局の患者の待ち時間の短縮や処方医の負担軽減の観点から、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ものとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。ただし、麻薬および抗悪性腫瘍剤は除くこととする。

- 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薬剤規格の変更
- 4) 錠剤の半割や粉砕、あるいはその逆
- 5) 調剤報酬に関わらない理由：「患者の希望」および「アドヒアランス不良の患者で一包化により向上が見込まれる」により実施する一包化
- 6) 湿布薬や軟膏での包装規格変更、および消炎鎮痛外用貼付剤における同成分のパップ剤からテープ剤への変更(その逆)
- 7) 薬剤師が残薬確認時に処方薬の残薬を把握した場合の投与日数の調整(短縮)
- 8) 隔日服用の指示がある、または週1回あるいは月1回服用の指示がある薬剤が、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
- 9) 内用薬または外用剤の用法に関して、具体的な用法が口頭等で指示されている場合の用法の追記
- 10) ビスホスホネート製剤(内服薬)・ α グルコシダーゼ阻害剤・睡眠導入剤において、用法の誤りが明確な場合に、添付文書通りの用法へ変更
- 11) 患者の希望により、服用歴のある配合剤で、単剤の組み合わせ(同一成分および含量)に変更された場合の元の配合剤への変更、あるいは単剤の組み合わせから配合剤に変更された場合の元の単剤への変更
- 12) 経腸栄養剤のフレーバーが処方されている場合の患者の希望による他のフレーバーへの変更

以上

合意日：令和 年 月 日

甲：住所 名古屋市中村区道下町3丁目35番地 電話番号 052-481-5111
名称および代表者

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 院長 印

乙：住所／電話番号

保険薬局名称

代表者氏名 印

この合意を証するため本書2通を作成し、甲、乙両者記名押印の上、各自1通を保有する。なお合意日と運用開始日は同日とし、甲が手続き完了時に記載するものとする。