問 い 合 わ せ 簡 素 化 プ ロ ト コ ル

2024.5.13

国家公務員共済組合連合会　名城病院

【目的】

医学・薬学上重要度の低い形式的な疑義照会を減らすことにより、①患者待ち時間の短縮、
②薬学的ケア時間を確保し、服薬指導の充実を図る、③処方医師の負担軽減を図ることを目的とする。

【処方変更に係る原則】

1．先発医薬品において「変更不可」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。

2. 本プロトコルに基づく疑義照会の運用は、当院及び保険薬局双方による「問い合わせ簡素化における合意書」（以下合意書）の締結をもって実施される。

3. 変更にあたっては、対象事例が、本プロトコルが意図する内容に合致するか否かをよく吟味し、画一的にならず、患者の状況等も踏まえ、薬剤師の責任において行う。
なお、判断に迷う場合は、必ず処方医に疑義照会を行うこと。

3. 合意書に基づく変更であっても、服用方法・安定性・価格などについて患者に十分な説明を行い、同意を得たうえで変更する。
※デバイスが変更となる場合の手技の説明など
ただし、本人からの同意が困難な患者（未成年者や認知症患者など）にあっては、その主たる介護者からの同意を取得することを可とする。

4. 処方変更は、医薬品の適応及び用法用量を順守した変更であること。その際、安定性や溶解性、体内動態などを考慮し、薬学的に問題がないことを確認するとともに、アドヒアランスや利便性が向上する場合に限る。

5. 麻薬・抗がん剤・覚せい剤原料や、処方せんに「不可」と指示がある場合については本プロトコルの対象外である。

6. 処方変更・調剤後の連絡
本プロトコルにより問い合わせを簡略化し処方変更して調剤した場合は、その内容を「当院指定のトレーシングレポート」にて FAX 連絡をお願いします。
また、「お薬手帳」への記載もお願いします。
ただし、一般名処方に基づいて調剤した場合の情報提供書、および後発品医薬品の変更報告書の連絡は不要です。

病院代表　FAX：052-201-5318

【各種問合せ窓口】

(ア)処方内容等に関すること
　病院代表　TEL: 052-201-5311 (代)
(イ)保険、会計に関すること
　受付時間　平日: 8 時 30 分から 17 時 15 分
　医事課 TEL: 052-201-5311 (代)
(ウ)プロトコルに基づく変更に関すること
　受付時間　平日: 8 時 30 分から 17 時 15 分
　薬剤部　TEL: 052-201-5311 (代)

【合意に基づき疑義照会することなく処方変更を可能とする事項】

以下の事項については、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得られたものとして疑義照会を不要とする。

成分名が同一の銘柄変更（但し、バイオシミラーは疑義照会の対象とする）
例 1．セルシン錠 5mg　→　ホリゾン錠 5mg
例 2．イマチニブ 100mg「ファイザー」→　グリベック錠 100mg
・先発品間の変更は可
・後発品から先発品への変更も可
・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

①　剤型の変更
例 1．ビオフェルミン R 散　→　ビオフェルミン R 錠
例 2．アムロジピン OD 錠 5mg　→　アムロジピン錠 5mg
・用法、用量が変わらない場合のみ可
・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
　パップ剤からテープ剤、テープ剤からパップ剤への変更は不可
・インスリンのデバイスは変更不可

②　別規格製剤がある場合の処方規格の変更
例 1．20mg 錠 1 回 2 錠　→　40mg 錠 1 回 1 錠
例 2．20mg 錠 1 回 0.5 錠　→　10mg 錠 1 回 1 錠

④　アドヒアランス等の理由により、半割、粉砕あるいは混合すること、あるいはその逆
（規格追加も含む)。ただし、抗腫瘍剤、催奇形性を有する薬剤を除く
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 1ｍｇ3.5 錠　→　ワーファリン錠 1ｍｇ3 錠 とワーファリン錠 0.5ｍｇ1 錠

⑤　「患者希望」あるいは「アドヒアランス不良で１包化による向上が見込まれる」の理由により
１包化調剤すること（抗腫瘍剤、およびコメントに１包化不可とある場合は除く）
患者希望により一包化を外すことも可
・上記以外の理由は、合意範囲外とする

⑥　湿布剤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．ヒルドイドクリーム 0.3%　25ｇ/本　２本→ヒルドイドクリーム 0.3%　50ｇ/本　１本

⑦　一般名処方における調剤時の類似剤型への変更（先発品類似剤型への変更を含む)。
一般名処方においては、下記に挙げる範囲内で変更を可能とする（先発・後発は問わない）
ⅰ）錠剤（口腔内崩壊錠を含む）カプセル剤、丸剤、ゼリー剤、フィルム剤
ⅱ）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）
ⅲ）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）
・銘柄等については「お薬手帳」による情報提供を徹底すること

⑧　薬歴上継続処方を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)、および、Ｄｏ処方が行われたために処方日数が必要数に
満たないと判断される場合の投与日数適正化
・次回処方漏れを防ぐため、処方日数は最低でも 1 日分は残す調整とすること
外用剤等は最小包装数とする
・慢性疾患等で手持ち分としている薬は残薬としないこと
・インスリンの本数は減量することは可能とするが、日数以上に変更することや保険請求の
関係から０本とすることは不可とする。
例 1．マグミット錠 330mg　30 日分　→16 日分（残薬が 14 日分あるため）
例 2．ＡＺ含嗽用配合細粒 2ｇ/包　30 包→10 包（残数が 20 包あるため）

⑨　服用歴のある配合剤が当院で院内採用されていないために、同効薬に変更されたと判断でき、
患者が希望したときに元の配合剤に変更すること、または、その逆。
（薬歴等に基づき、当院への入院により変更されていることを確認すること）
例．スージャヌ配合錠１錠　　→　グラクティブ錠 50mg1 錠
スーグラ錠 50mg1 錠

⑩　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）

⑪　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日数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．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

⑫　内服の用法が頓服あるいは回数指定にて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の用法の追加
例.フロセミド錠 20 ㎎　１日１回　１回１錠　→　１日１回　体重が 50 ㎏を超えた時

⑬「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．他の処方薬が 30 日分の場合
バクタ配合錠　１日１回　１回１錠　朝食後　１日おき　30 日分　→　15 日分

⑭　患者希望によるフレーバー変更
例．ラコール NF 配合経腸用液 200ｍL（ミルク）→（コーヒー）

⑮　経過措置などによる一般名への変更による名称変更
例．マグラックス錠 330 ㎎　→　酸化マグネシウム錠 330 ㎎

⑯　点眼薬について、処方の用法と数量では次回受診日までに本数が不足すると判断される場合に処方を適正化すること
（ただし、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。また、患者の要望等を理由とした必要以上の増量は不可とする）
例．次回受診予定の２か月後まで継続することを確認した場合
キサラタン点眼液 0.005%（2.5ｍL）　１日１回　右目　１本　→　２本

⑰　先発品・後発品以外の医薬品の変更
準先発品・局方品・昭和 42 年以前の医薬品・基礎的医薬品の変更のうち、銘柄で処方されている局方品の変更
例．プレドニン錠５㎎　→　プレドニゾロン５㎎「ﾀｹﾀﾞ」
重カマ「ヨシダ」　→　重酸化マグネシウムシオエ

【その他】

・トレーシングレポート等の情報は名城病院ホームページをご覧ください。
・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薬剤部までお願いいたします。
・院外処方せんの表記について、当院電子カルテのマスターの関係から変更が行われない場合があります。
・本プロトコルは、2024 年 5 月 1 日から運用開始する。