

【背景・目的】

薬剤師による疑義照会は医薬品の適正使用上、薬剤師法に基づくきわめて重要な業務です。院外処方せんの増加、薬物療法の高度化により、患者個々の病態、検査値を勘案した疑義照会・処方提案はますます重要となっています。

一方で、調剤上の形式的な変更に伴う問い合わせ内容が含まれるため、これを簡素化し、処方医や外来診療にかかわるスタッフの負担軽減、外来患者に対するサービス向上を目的として、平成22年の医政局長通知をもとに、疑義照会簡素化プロトコルを運用します。

■医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

(医政局長通知：平成22年4月30日)

薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」

■処方箋による調剤

薬剤師法第23条

薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

■処方箋中の疑義

薬剤師法第24条

薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。

※ 薬剤師法第23条2の同意を「事前に作成されたプロトコル」として得るものとし、第24条を侵すものではない。

院外処方箋における事前合意プロトコル

一部事務組合下北医療センター むつ総合病院

当院では、厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を踏まえ、プロトコルに基づく薬物治療管理の一環とし、調剤上の典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、処方医師や外来診療にかかわるスタッフの負担軽減、外来患者に対するサービス向上を目的として、院外処方箋における事前合意プロトコル（以下、事前合意プロトコル）を運用しております。

処方変更にかかわる原則

- ① 事前合意プロトコルを希望する場合、「事前合意プロトコル合意書」（以下、合意書）（添付1）を提出すること。
- ② 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師の署名又は記名・押印がある場合は、処方薬の後発医薬品への変更はできない。
- ③ 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こと。その際、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。
- ④ 服用方法・安定性・価格等について、患者に十分な説明を行い、同意を得た上で変更すること（処方医師の指示やコメントがある場合はこれに従う）。

1. 各種問い合わせ窓口

- ① 処方内容（診療、調剤に関する疑義・質疑など）
TEL：0175-22-2111（代） 各診療科・処方医
- ② プロトコル・合意書・処方修正報告書に関すること
TEL：0175-22-2111（代） 薬剤科（内線 4111）

2. 処方変更・調剤後の連絡

本プロトコルに基づき処方変更し調剤した場合は、変更内容を記載した処方箋または処方箋発行日や処方修正内容を具体的に記載した処方修正報告書（添付2）を下記までFAX送信すること。

・ むつ総合病院 FAX コーナー（FAX 番号：0175-23-6948）

※ 受信した処方箋又は処方修正報告書の流れ

FAX コーナー → 医事課（電カルにスキャン）

→ 薬剤師（処方修正） → 各診療科（処方医師）

3. 疑義照会不要例（麻薬に関するものは除く）

内 容	具 体 例
成分名が同一の銘柄 変更（先発医薬品間）	フォサマック錠 35mg ⇒ ボナロン錠 35mg アムロジン錠 5mg ⇒ ノルバスク錠 5mg
成分名が同一の銘柄 変更（後発品⇒先発品）	ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg ⇒ マイスリー錠 5mg
軽微な剤形変更	ラシックス錠（粉碎）⇒ ラシックス細粒 クレストール錠 5mg ⇒ クレストール OD 錠 5mg
別規格剤形がある場合 の処方規格の変更	5mg 1回2錠 ⇒ 10mg 1回1錠 10mg 1回0.5錠 ⇒ 5mg 1回1錠
軟膏等の1本量の変更	リンデロン-VG軟膏 5g 2本 ⇒ 10g 1本
半割、粉碎、一包化	患者希望あるいはコンプライアンス等の理由によるもの （加算をとる場合は疑義照会をして医師の指示が必要） ※ 散剤で別 Rp の薬をまとめて混合する場合は疑義照会
週1回製剤等の日数 確認	（他の薬が14日分の時） ボナロン錠 35mg 1錠/起床時 14日分 ⇒ 2日分
軽微な用法の変更	漢方薬、吐き気止め等：食後 ⇒ 食前 ベイスン錠 0.2mg 3錠/毎食前 ⇒ 3錠/毎食直前
フレーバーの変更	エンシュアリキッドやラコール、エレンタールなどの味の 記載があるものの変更

4. 合意書について

プロトコルの最後に添付。（添付1）

合意書に必要事項を記載・押印し当院薬剤科へ郵送してください。

病院長印を押印後、各保険薬局へ送付します。

5. 処方修正報告書について

プロトコルの最後に添付（添付2）。

6. 運用開始日

2019/1/1 初版

(添付 1)

事前合意プロトコル合意書

一部事務組合下北医療センター むつ総合病院と (保険薬局)

は、院外処方箋における疑義照会の運用について、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

「院外処方箋における事前合意プロトコル」(別紙)に挙げる疑義照会不要例については、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なされたとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

(参考：薬剤師法第 23 条)

1. 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
2. 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

② 運用開始について

20 年 月 日から運用を開始する。

③合意の解除及び内容の変更について

合意の解除及び内容の変更については、必要時に協議を行うこととする。

以上

(施設住所・名称・代表者)

20 年 月 日

住 所：〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目 2 番 8 号

名 称：一部事務組合下北医療センター むつ総合病院

代表者：病院長 橋爪 正 印

20 年 月 日

住 所：

保険薬局名称：

代表者： 印

(添付 2)



むつ総合病院

FAX : 0175-23-6948

保険薬局 → FAX コーナー → 医事課 → 薬剤科 → 各診療科 (処方医師)

処方修正報告書

処方医： _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :		保険薬局 名称・住所
患者名 :		TEL :
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX : 担当薬剤師 _____ 印

事前合意プロトコルの契約に基づき、以下について処方修正いたしました。ご確認をお願いいたします。

<p>☆ 処方修正内容</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 銘柄の変更<input type="checkbox"/> 軽微な剤形変更<input type="checkbox"/> 別規格剤形がある場合の処方規格の変更<input type="checkbox"/> 軟膏等の 1 本量の変更<input type="checkbox"/> 半割、粉碎、一包化<input type="checkbox"/> 週 1 回製剤等の日数確認<input type="checkbox"/> 軽微な用法の変更<input type="checkbox"/> フレーバーの変更<input type="checkbox"/> その他 (右欄に内容を記載してください)	<p>★ 修正箇所詳細記載欄 (処方箋発行日、修正内容を具体的に記載、ただし変更内容を記載した処方箋を FAX する場合は不要)</p> <p>・ 処方箋発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>・ 修正内容</p>
---	--

<注意> 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

電話番号 : 0175-22-2111 (代表)