

院外処方箋における 疑義照会の運用申し合わせ

2020 年 12 月改訂

福岡県済生会福岡総合病院

■処方箋中の疑義

薬剤師法第 24 条

薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせて、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。

1. 問い合わせ窓口

※ 受付時間：平日 午前 8 時 30 分から午後 5 時

①処方内容に関すること

医師 TEL：092-771-8151（代表） * 電話交換に診療科・医師名を伝えてください。

●当院は、急性期病院のため処方医が担当する外来診療時間以外は、手術や内視鏡検査等で電話の対応に時間を要する場合がありますのでご了承ください。

②保険に関すること

医事課 TEL：092-771-8151（代表） * 電話交換に保険の問い合わせである旨を伝えてください。

③調剤方法、包括的合意、その他に関すること

薬剤部 TEL：092-791-8236（薬剤部 直通）

※ **時間外**：急を要する問い合わせや報告が必要な場合、092-771-8151（代表）に連絡をお願いします。

対応可能な部署へ転送します。

2. 疑義照会連絡先

疑義照会により処方内容が変更となった場合、疑義照会連絡用紙（様式 1）に変更内容を記載のうえ、処方せんと一緒に薬剤部へ FAX をお願いします。

薬剤部 FAX：092-714-5938

3. 後発医薬品への変更について

処方箋に記載された医薬品の後発医薬品への変更は、厚生労働省保険局医療課「平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 12 号」に準じてください。後発医薬品へ変更して調剤した場合、お薬手帳等にて情報のフィードバックをお願いします。FAX 連絡は不要です。

※ 患者さんの不利益とならないよう、説明・同意を得たうえで変更してください。

4. 一般名処方について

一般名処方からの調剤・後発医薬品への切り替えに関する内容は、FAX 連絡不要です。お薬手帳等にて情報のフィードバックをお願いします。

5. 処方修正について

当院採用薬の追加・変更・削除については薬剤部にて電子カルテの修正を行います。新たな処方箋の交付、訂正印の押印は行いません。ただし、当院に採用のない医薬品、規格についてはシステムの都合上、次回以降も処方箋には反映されませんのでご了承ください。

6. 包括的事前合意プロトコルについて

薬剤師法 23 条（処方箋による調剤）の第 2 項について、医師への同意取得を事前に行うようにしたものです。事前合意項目（資料 1）に基づき変更調剤する場合は、原則として電話での疑義照会は不要ですが、事後に当該処方箋、および包括的事前合意プロトコル連絡用紙（様式 2）を薬剤部へ FAX をお願いします。

薬剤部 FAX : 092-714-5938

なお、この運用は福岡県済生会福岡総合病院と合意書を交わすことが必須条件となっています。

7. 調剤事故について

調剤事故が起こった場合は、下記の手順でご報告ください。

1) 調剤事故の発生が判明したら、直ちに処方医へ連絡

連絡内容：患者 ID、患者名、処方箋発行日、調剤事故の概要、薬局名、薬局の担当者および連絡先

連絡先電話番号 TEL：092-771-8151（代表）

2) 処方医への連絡後、薬剤部へ連絡

連絡内容：患者 ID、患者名、処方箋発行日、調剤事故の概要、薬局名、薬局の担当者および連絡先

連絡先電話番号 平日時間内 TEL：092-791-8236（薬剤部 直通）

時間外 TEL：092-771-8151（代表）*調剤事故の件で薬剤部に転送するよう伝えてください。

3) 患者対応等が完了した後、福岡市薬剤師会指定の調剤事故報告書（様式 3）または自施設の調剤事故報告書を

薬剤部へ提出

4) その他

- ・調剤事故の状況により、病院長への報告を依頼することがあります。
- ・必要に応じて対応状況を、適宜定期的に薬剤部に報告いただくことがあります。
- ・重篤な副作用発生時は、直ちに処方医へ連絡してください。

済生会福岡総合病院 包括的事前合意プロトコル連絡用紙

年 月 日

診療科		処方医	
患者名		生年月日	
患者ID			
処方日	年 月 日		
薬局名		T E L	
		F A X	

包括的事前合意プロトコル番号 ※☑をつけてください。重複チェック可。

- ☐ ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
- ☐ ②内服薬の剤形の変更
- ☐ ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- *ただし、「チラーヂンS錠の規格が大きくなる場合は除く」「ワーファリン錠は除く」
- ☐ ④湿布薬や軟膏での包装単位変更
- ☐ ⑤残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮(ハイリスク薬を含む) (削除となる場合は疑義照会 必要)
- ☐ ⑥一般名処方における別規格・類似剤形の先発品への変更
- ☐ ⑦患者の希望等で行う半割、粉碎、混合あるいは一包化調剤
- ☐ ⑧週1回あるいは月1回内服のビスホスホネート製剤およびDPP-4阻害剤の処方日数の適正化
- ☐ ⑨患者の希望等で行う消炎鎮痛外用剤における、パップ剤からテープ剤への変更、またはその逆
- ☐ ⑩消炎鎮痛外用剤における貼付剤の合計処方量とコメントでの指示枚数が異なる場合の適正化
- ☐ ⑪外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が口頭指示されている場合の用法追記
- ☐ ⑫患者の希望等で行うエンシュア・H/ラコール/イノラスなど成分栄養剤における味の変更
- ☐ ⑬患者希望等でおこなうヘパリン類似物質外用泡状スプレーの製品規格に合わせた処方量の変更

変更内容	変更者
上記に基づき変更いたしました。 内容:	

変更後は、処方せんの備考欄に【包括的事前合意プロトコル番号:P-①等】を記入し、
処方せんとともに、FAXしてください

済生会福岡総合病院 薬剤部 FAX 092-714-5938

※ 処方内容は重要な個人情報です。送り先を再確認して間違いないようにFAXを送ってください。

2020年12月改訂

調剤事故・過誤報告書			
		薬局→市薬→県薬→日薬 薬局→医療機関(主治医)	
		平成 年 月 日 () 報告	
報告者名:		薬局名:	
TEL:		FAX:	
薬局住所: 〒			
開設者名:		管理薬剤師名:	
当該薬剤師名:		常勤・非常勤／男・女／ 歳／調剤経験 年	
患者年齢: 歳		患者性別: 男性 ・ 女性	
調剤日時: 年 月 日 時頃		判明日時: 年 月 日 時頃	
処方内容(処方せんコピー添付)・事故の概要:			
薬局への事故報告者: ☐ 患者本人 ☐ 患者の家族(続柄:) ☐ 処方せん発行医療機関 ☐ 処置した医療機関 ☐ 他薬局薬剤師 ☐ その他()			
薬局への通報内容・事故発見の経緯:			
事故原因:			
被害状況:			
事故レベル: ☐ 観察、検査のみ必要 ☐ 治療必要 ☐ 後遺症有り() ☐ 死亡			
薬局の対応:			
関係機関への連絡状況(報告先): ☐ 都道府県薬剤師会(担当者名:) ☐ 保健所等() ☐ 警察() ☐ 損保会社(会社名・担当者名:)			
薬局のとした再発防止策等:			

資料 1. 福岡県済生会福岡総合病院との包括的事前合意に係る項目の具体例 2020 年 12 月 改訂 (赤字変更箇所)

◎：従来より変更可 ○：本院と保険調剤薬局との合意により変更可 ×：変更不可（疑義照会が必要）

合意事項	詳細
①成分名が同一である先発品/後発品への銘柄変更 ※適応が異なる場合は変更不可	・銘柄名処方では、後発品へ（後発品同士）の変更は従来より可。合意により先発品への変更も可とする。 ・後発品の推進が原則であることは変わりなし。 ・変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であることを原則とするが、変更前より高額となる場合、患者に対して十分に説明し、同意を得た上での変更を可とする。

- ◎ プリンペラン錠 5mg → メトクロプラミド錠 5mg （先発品）→（後発品）
 ◎ エスエーワン配合 OD錠 T20 → エスケーエスワン配合 OD錠 T20 （後発品）→（後発品）
 ○ アクトネル錠 75mg → ベネット錠 75mg （先発品）→（先発品）
 ○ ドバコール配合錠 L100 → メネシット配合錠 100 （後発品）→（先発品）

合意事項	詳細
②内服薬の剤形の変更 ※適応が異なる場合は変更不可 【安定性、利便性の向上のための変更に限る】	・後発医薬品の場合は下記の類似剤形間での変更が従来より可。 ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤 イ 散剤、顆粒剤、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） ・合意により先発品においても剤形変更を可とする。 ・更に、類似ではない剤形間の変更（錠剤⇔散剤など）も、安定性、利便性の向上のための変更に関し可とする。 ・用法・用量が変わる場合、患者に対して十分に説明し、同意を得た場合に限り変更可とする。

- ◎ エスエーワン配合 OD錠 T20 → エスエーワン配合カプセル T20 （後発品）の類似剤形へ変更
 ○ クラリシッド・ドライシロップ 10%小児用 成分量 1回 100mg → クラリシッド錠 50mg 小児用 1回 2錠 （先発品）の別剤形へ変更
 ○ ビオフェルミン R散 → ビオフェルミン R錠 （後発品）の別剤形へ変更

合意事項	詳細
③別規格製剤がある場合の処方規格の変更 * チラーゲン S錠の場合、規格が大きくなる場合は除く * ワーファリン錠を除く ※適応が異なる場合は変更不可 【安定性、利便性の向上のための変更に限る】 【処方日数と次回受診日までの日数が妥当な場合に限る】	・後発医薬品の場合の規格変更は従来より可。合意により先発品においても規格変更を可とする。 ・外用剤での変更は不可。 ・保険薬局の備蓄の都合による変更の場合も、患者さんに説明し同意が得られれば変更可能とする。

- ◎ カロナール錠 200mg 1回 3錠 → カロナール錠 300mg 1回 2錠 （後発品）別規格へ変更
 ○ フェブリック錠 20mg 1回 0.5錠 → フェブリック錠 10mg 1回 1錠 （先発品）別規格へ変更
 ○ リクシアナ錠 30mg 1回 1錠 → リクシアナ錠 60mg 1回 0.5錠 （先発品）別規格で半錠へ変更
 ○ チラーゲン S錠 50μg 1回 0.5錠 → チラーゲン S錠 25μg 1回 1錠 チラーゲン S錠の規格が小さくなる場合の変更は可
 × チラーゲン S錠 50μg 1回 2錠 → チラーゲン S錠 100μg 1回 1錠 チラーゲン S錠の規格が大きくなる場合の変更は疑義照会
 × ワーファリン錠 1mg 1回 5錠 → ワーファリン錠 5mg 1回 1錠 ワーファリン錠の別規格へ変更は疑義照会
 × アレジオン LX 点眼 0.1% → アレジオン点眼 0.05% ※外用剤の規格変更は疑義照会

合意事項	詳細
④湿布薬や軟膏での包装単位変更 【合計処方量が変わらない場合に限る】	

- ★当院で該当する湿布薬の処方なし。
 ○ マイザー軟膏 0.05% 5g×10本 → 10g×5本

合意事項	詳細
⑤残薬調整の内服薬・外用薬の日数短縮（ハイリスク薬を含む） 【処方日数と次回受診日までの日数が妥当な場合に限る】	・残薬の調整でも、処方薬を削除する場合は疑義照会。 ・処方日数を延長する場合は疑義照会。 ・コンプライアンスに問題があると判断される場合は処方医へ情報提供。 ・週 1回あるいは月 1回投与製剤及び服用日指示のある場合は疑義照会。 （⑧に記載するビスホスホネート製剤、DPP4 製剤を除く）

- 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 21日分 → 14日分 残薬あるため日数減
 × 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 21日分 → 残薬あるため不要、処方削除 ※削除の場合は疑義照会
 × 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 21日分 → 28日分 次回までの不足分、日数延長 ※日数の延長は疑義照会
 × バクタ配合錠 月・水・金 28日分 → 12日分 ※残薬の調整ではなく処方ミスの場合、疑義照会が必要
 ○ 0.1%ヒアレイン点眼液（5ml/本） 3本 → 1本 残薬あるため本数減
 × 0.1%ヒアレイン点眼液（5ml/本） 3本 → 残薬あるため不要、処方削除 ※削除の場合は疑義照会
 × 0.1%ヒアレイン点眼液（5ml/本） 3本 → 4本 次回までの不足分、本数追加 ※追加は疑義照会

合意事項	詳細
⑥一般名処方における別規格・類似剤形の先発品への変更	・一般名処方において後発医薬品で調剤する場合、別規格・類似剤形への変更は従来より可。合意により先発品での変更も可とする。

- 【般】テルミサルタン錠40mg 2錠 → ミカルデイス錠80mg 1錠 (先発品) 別規格へ変更
○【般】アブ ロソール塩酸塩徐放錠45mg → ムコソルバンL錠45mg (先発品) 別剤形へ変更
×【般】ヘパリン類似物質軟膏 150g → ヒルドイドローション0.3% 150g ※外用剤の剤形変更は疑義照会

合意事項	詳細
⑦患者の希望等で行う半割、粉碎、混合あるいは一包化調剤	・安定性のデータに留意すること

- ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 0.5錠 → 半錠にして交付
○アトルバスタチン錠5mg 1錠 → 嚥下困難のため粉碎し散剤にして交付
○バイアスピリン錠100mg 1回1錠、ランソプラゾールOD錠15mg 1回1錠 1日1回 朝食後 → 一包化にして交付

合意事項	詳細
⑧週1回、あるいは月1回内服のビスホスホネート製剤およびDPP-4阻害剤の処方日数の適正化 【連日投与の処方薬と同一の日数で処方されている場合等、適応症を鑑み処方間違いが明確な場合に限り】	・処方日数を延長する場合は疑義照会。

他の処方薬が28日分処方の時

- アクトネル錠75mg (月1回製剤) 28日分 → 1日分
○フォサマック錠35mg (週1回製剤) 28日分 → 4日分
○マリゼプ錠12.5mg (週1回製剤) 28日分 → 4日分

合意事項	詳細
⑨患者の希望等で行う消炎鎮痛外用剤における、パップ剤からテープ剤への変更、またはその逆【成分が同じものに限る、合計処方量に変更がない場合に限り】	

- 【般】ロキソ ロエン Na パップ100mg(7枚/袋)1袋 → ロキソ ロエン Na テープ100mg(7枚/袋)1袋

合意事項	詳細
⑩消炎鎮痛外用剤における貼付剤の合計処方量とコメントでの指示枚数が異なる場合の適正化 【処方間違いが明確な場合に限り】	・合計処方量を増量する場合は疑義照会。

★当院の処方オーダーリングシステムでは、消炎鎮痛外用剤は合計処方量のみ入力(日数入力なし)するため該当する事例なし。

- モーラステープ20mg(7枚/袋) 4袋 1日1枚 28日分 → 4袋 1日1枚

合意事項	詳細
⑪外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が口頭指示されている場合の用法追記	

足に塗布するように医師から口頭指示されていることを患者から聴取した場合

- ルリコンクリーム1% 1日1回 → 1日1回 足に塗布

合意事項	詳細
⑫患者の希望等で行うエンシュア・H/ラコールラコール/ <u>イノラスなど成分栄養剤</u> における味の変更	

- ラコールNF配合経腸用液(ミルクフレーバー) → ラコールNF配合経腸用液(コーヒーフレーバー)
○エンシュア・H(コーヒー)6缶 → エンシュア・H(バニラ)3缶、エンシュア・H(メロン)3缶 計6缶

合意事項	詳細
⑬患者希望等でおこなうヘパリン類似物質外用泡状スプレーの製品規格に合わせた処方量の変更	・100g/本 → 92g/本への変更のみ可

- 【般】ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%(100g) 1本 → ヒルドイドフォーム0.3%(92g) 1本