

院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコル(第1版)

国家公務員共済組合連合会 呉共済病院

【目的及び運用】

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。

「院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコル」(以下、本プロトコル)の疑義照会不要に該当する場合は、包括的に薬剤師法第23条の第2項に規定する医師の同意がなされたものとして取り扱い、疑義照会を不要とする。

<処方変更に係る原則事項>

- ① 患者に十分な説明(服用方法、安定性、価格等)を行い、同意を得た上で変更すること。
- ② 処方変更は、各医薬品の保険適応及び用法用量を遵守した変更とすること。また、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。
- ③ 先発品において「変更不可」欄に「×」があり、かつ保険医署名欄に処方医の署名または記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ④ AG(オーソライズドジェネリック)において「変更不可」欄に「×」があり、かつ保険医署名欄に処方医の署名または記名・押印がある場合は、当該AG以外に変更できない。
- ⑤ 麻薬、覚せい剤原料、抗悪性腫瘍剤については、本プロトコルの適用としない。

1. 本プロトコル運用に関する問い合わせ先 ☎0823-22-2111(代)

本プロトコルやトレーシングレポートに関すること → 薬剤科 DI 担当者

疑義照会 → 処方医 (各科外来看護師や MA・医療秘書を含む) (項目5. 参照)

保険関連 → 医事課

2. 本プロトコルにより処方変更調剤した場合の連絡方法

本プロトコルの「3.疑義照会の不要例」の①～⑥については「お薬手帳」記載による報告を、⑦については「様式5連絡票」、⑧及び⑨については「トレーシングレポート」を用いて情報提供をお願いします。なお、「様式5連絡票」および「トレーシングレポート」は当院薬剤科に FAX にて連絡をお願いします。(☎FAX:0823-32-0207)

3. 疑義照会の不要例

① 有効成分名が同一の銘柄変更

- ・ 先発医薬品から別銘柄の先発医薬品への変更

例) ジャスビア錠 50mg ⇒ グラクティブ錠 50mg

- ・ 一般名処方薬の先発医薬品による調剤

例) 【般】アムロジピン OD 錠 5mg ⇒ ノルバスク OD 錠 5mg

* 銘柄変更については、“お薬手帳”による情報提供をお願いします。

② 剤型の変更

例) レバミピド錠 100mg ⇒ レバミピド OD 錠 100mg

例) 炭酸水素ナトリウム「ヨシダ」(1g/包) 3包/分3 ⇒ 重曹錠 500mg 6錠/分3

* 用法用量が変わらない場合のみ可。

* カプセル剤への変更は、患者の嚥下機能に問題がない場合のみ可。

* 軟膏剤⇒クリーム剤、クリーム剤⇒軟膏剤への変更は不可。

* インスリン、吸入薬等のデバイス変更については不可。

③ 処方規格を別規格へと変更する場合

例) 5mg 錠 1回2錠 ⇒ 10mg 錠 1回1錠

20mg 錠 1回0.5錠 ⇒ 10mg 錠 1回1錠

* 様式 6 先発医薬品の規格変更調剤報告書は、FAX する必要はありません。“お薬手帳”による情報提供をお願いします。

④ 貼付剤、軟膏等で包装単位を変更する場合

例) アドフィードパップ 40mg(7枚/袋) 6袋 ⇒ アドフィードパップ 40mg(6枚/袋) 7袋

例) デルモベート軟膏(5g/本)6本 ⇒ デルモベート軟膏(30g/本)1本

例) アンテベート軟膏(5g/本)4本 ⇒ アンテベート軟膏 20g(軟膏壺)1個

⑤ 医師了解のもとで処方されている漢方薬の「食後」処方

例) 葛根湯 3包/分3 毎食後

* 患者面談上、食後投与が妥当と判断された場合に限る

⑥ 「食前」・「食後」の処方で、添付文書上、「食直後」・「食直前」と記載されているものへの変更

例) イコサペント酸エチル 900mg 3包/分3 毎食後 ⇒ 3包/分3 毎食直後

⑦ 経過措置による名称の変更

- * 経過措置期限終了後も旧名称にて処方がある場合には、「様式5連絡票」にてお知らせをお願いします。

⑧ 粉碎調剤

患者の希望、あるいは服薬状況等の理由により、保険薬局薬剤師の判断で、粉碎調剤可能とします。

- * 安定性のデータに留意してください。

⑨ 残薬調整による日数変更

院外処方箋備考欄に「残薬調整後の報告可」にチェックがある場合。日数変更内容についてはトレーシングレポートを用いて情報提供をお願いします。

4. 疑義照会を簡素化できない例

- 残薬調整によって、処方を削除する場合
- 患者の希望等により処方内容や処方日数(数量)を増やす場合
- 調剤報酬を伴う一包化調剤などの加算を保険薬局の判断で算定する場合
- プロトンポンプ阻害剤、ビタミン剤など投与期間の制限がある薬剤が漫然と処方されていると判断される場合
- 配合剤の各成分への変更、および各成分から配合剤への変更の場合
- ビスホスホネート製剤等の週 1 回または月 1 回服用製剤が、連日投与の他の処方薬と同様の投与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) アレンドロン酸 Na 錠 35mg(週 1 回製剤)処方で、他処方薬が 7 日分処方するとき
アレンドロン酸 Na 錠 35mg 1 錠/分 1 起床時 7 日分 ⇒ 1 日分
- その他、薬剤師が必要と判断した事項等

5. 疑義照会についての注意事項

- 処方内容の疑義照会は、呉共済病院代表の電話番号 ☎ 0823-22-2111(代)をお願いします。その際、保険薬局名、担当薬剤師名をお知らせの上、診療科と処方医師名を電話交換手にお伝えください。
電話交換手は、各診療科受付へ電話をつなぎます。不在・不応答であれば、処方医の院内携帯、薬剤科の順で連絡を取ります。
- 対応時間は原則、診療時間内です。ただし、診療時間外でも緊急を要すると判断された場合は、薬剤科でお受けいたします。(処方医呼び出しのため、返信に時間がかかります。)

➤ 返答までの時間について

疑義の返答はできるだけ急いで対応いたしますが、処方医不在や手術中、処置中等により、返答に時間がかかる場合があります。ご了承ください。

電話連絡後、20 分以上たっても何ら当院より応答がない場合は、恐れ入りますが再度、電話 ☎0823-22-2111(代表)にてお問合せください。

- 疑義照会により変更調剤した場合には、処方箋の備考欄に変更内容を記載し、事後(原則翌日まで)に当院薬剤科に FAX にて連絡をお願いします。《従来通り》
(☎FAX:0823-32-0207)

6. 附則

本プロトコルは、令和4年2月1日から運用開始する(第1版)