

保険薬局の薬剤師の方へ

院外処方箋に係る当院への情報提供について

処方内容に変更がある場合、内容をおくすり手帳に記載し、次回外来時に処方医に見せるよう、患者様にお伝えください。

1. 疑義照会

疑義照会を行う場合には、原則電話にて薬剤科へ連絡をお願いします。

なお、保険に関する問い合わせは医事課にて対応します。

対応時間は原則、診療時間内です。

平日 8：30～17：15

TEL 042-523-3131（代） 薬剤科または医事課

上記以外の時間は、保険以外の緊急を要するものには対応しますが、処方医に連絡がつかない場合も多くありますのでご了承ください。

TEL 042-523-3131（代） 薬剤科

医師に連絡がつかない場合、ご案内する日に再度連絡をお願いします。その際は代表番号より、処方医に直接お問い合わせください。

疑義照会後の変更内容を記載したFAXは原則不要です。

2. 残薬調整後の連絡方法

残薬調整を行った場合は、別紙<書式2>に記載し情報提供をお願いします。

FAX 042-523-3213 薬剤科

3. 疑義照会簡素化

当院では、調剤上の典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、患者さんへの薬学的ケアの充実および処方医や保険薬局の負担軽減を図る目的で「院外処方箋における疑義照会簡素化マニュアル」を運用しております。

合意書が完了した御施設より、運用を開始致します。合意書につきましては御施設と立川病院がそれぞれ一部ずつ保管することと致しますので、必要事項記載・押印したものを2部を立川病院にご提出いただき、病院より公印を押したものを1部を御施設にお届けすることで運用開始と致します。

提出書類：記載済の書式1 2部、

切手貼付済の返信用封筒 1部

別紙<書式3>に記載し情報提供をお願いします。（次頁以降ご参照ください）

問い合わせ窓口：TEL 042-523-3131（代） 薬剤科 医薬品情報室

4. トレーシングレポート

緊急性を要しない服薬状況等に関する情報や処方内容に関する提案は、別紙<書式3>のトレーシングレポートに記載し情報提供をお願いします。なお、抗がん剤に関する報告は、当院HP「がんセンター」内にあるトレーシングレポートに記載し情報提供をお願いします。

院外処方箋における疑義照会簡素化 マニュアル

立川病院薬剤科 調剤室

平成30年 1月 制定

令和 2年 2月 改訂

令和 2年 4月 改訂

令和 6年 1月 改訂

令和 7年 5月 改訂

目次

	頁
1. 疑義照会簡素化の目的と原則	1
2. 処方変更に係る原則	1
3. 疑義照会 各種問い合わせ窓口	2
4. 処方変更・調剤後の連絡	2
5. 疑義照会不要例（ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く）	2
書式 1 疑義照会簡素化における合意書	5
書式 2 残薬調整に係るトレーシングレポート	6
書式 3 簡素化マニュアルに基づく変更報告およびトレーシングレポート	7

1. 疑義照会簡素化の目的と原則

薬物治療管理の一環として、調剤上の典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、患者さんへの薬学的ケアの充実および処方医や保険薬局での負担軽減を図る目的で「院外処方箋における疑義照会簡素化マニュアル」を運用する。

院外処方せん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、薬局で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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

原則として疑義照会を不要とする項目

- ① 成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）
- ② 内用薬の剤形の変更
- ③ 内用薬における別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④ 患者負担額について説明同意の上行う半錠、粉碎あるいは混合
- ⑤ 患者負担額について説明同意の上行う一包化
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装・規格変更
- ⑦ その他、合意事項

* 具体的な疑義照会不要例は、項目 5 に示す。

2. 処方変更に係る原則

- ① 疑義照会簡素化を希望する場合、「疑義照会簡素化における合意書」（書式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。
- ③ 「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ④ 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。
- ⑤ 服薬方法・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。
- ⑥ 処方医に情報提供した内容は、必ず患者の「お薬手帳」にも記載する。また、患者に対して、毎回の診察時に「お薬手帳」を主治医に提示する旨を徹底する。

3. 疑義照会 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）

受付時間：平日 午前8時30分～午後5時15分

土曜日（第2・第4） 午前8時30分～午後0時30分

TEL：042-523-3131（代）薬剤科

上記以外（緊急を要する場合）

TEL：042-523-3131（代）薬剤科

疑義照会後の報告FAXは、原則不要です。

② 保険関係（保険者番号、公費負担など）

受付時間：平日 午前8時30分～午後5時15分

土曜日（第2・第4） 午前8時30分～午後0時30分

TEL：042-523-3131（代）医事課外来係

上記時間内のみ対応

4. 処方変更・調剤後の連絡

残薬調整を行った場合、簡素化マニュアルに基づき処方変更した場合、また、その他トレーシングレポートはFAXにてご連絡ください。（＜書式2＞＜書式3＞をご使用ください）

FAX：042-523-3213 薬剤科

5. 疑義照会不要例（ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く）

① 成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）

例：フォサマック錠35mg → ボナロン錠35mg

アレンドロン酸錠35mg 「日医工」等の後発品

* 先発品同士でも可能（薬剤料が同額以下の場合のみ）

② 剤形の変更

例：アリセプト錠5mg → アリセプトD錠5mg

ミヤBM細粒 → ミヤBM錠

* 用法用量が変わらない場合のみ可

* クリーム剤→軟膏、軟膏→クリーム剤の変更は不可

③ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更

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

④ 服薬状況等の理由により処方薬剤を半錠や、同一処方内で混合すること、あるいはその逆（規格の追加を含む）

例：錠剤が大きく服用し難いので割線で半錠にしてあげた

逆の例：（粉碎）ワーファリン錠 1mg 2.5錠 → ワーファリン錠 1mg 2錠
ワーファリン錠 0.5mg 1錠

* ただし粉碎化、混合（散薬で別Rpの薬をまとめて混合）は不可

* 必ず患者に服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て変更のこと

⑤処方薬剤を服用状況等の理由により、一包化調剤すること

* 「一包化不可」の処方を除く

* 患者希望あるいはアドヒアランス不良が一包化により改善されると判断できる場合

* 必ず患者に服用方法および患者負担額について説明後、同意を得て変更のこと

⑥貼付剤や軟膏類の包装・規格変更

例：マイザー軟膏 0.05%（5g）2本 → マイザー軟膏 0.05%（10g）1本
アドフィードパップ（6枚）7袋 → アドフィードパップ（7枚）6袋

* 合計処方量が変わらない場合のみ可

⑦外用剤の全量処方への変更

例：ヘモホリゾン軟膏 4g 2× 14日分
→ ヘモホリゾン軟膏 56g 1日2回 1回2g

⑧「1日おきに服用」「週に1回服用」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

例：（他の処方薬が28日処方の時）

バクタ配合錠 1錠 分1朝食後 1日おき 28日分 → 14日分
アクトネル錠 17.5mg 1錠 分1起床時 毎金曜日 28日分
→ 4日分

⑨「薬局へ：錠剤一包化」と指示された処方に、薬理的・製剤的観点（吸湿性・遮光・硬度・冷所保管等）の理由で一包化から外す時

例：アスパラカリウム錠、デパケン錠、カバサール錠 他

⑩薬歴上、継続処方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（外用剤の本数の変更も含む）

例：プラビックス錠 75mg 30日分 → 27日分（3日分残薬があるため）
ルリコンクリーム 1% 3本 → 2本（1本残薬があるため）

* 処方箋における、残薬を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上で調剤」の項目にチェックがある場合を除く

⑪ビスホスホネート製剤（内用薬）の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更すること

⑫食後・食前の処方で、添付文書上、食直後・食直前と記載させているものの変更

例：ベイスン錠0.3mg 3T 分3毎食前 → 3T 分3 毎食直前

⑬エンシュアリキッドなどのフレーバーの変更

例：エンシュアリキッド バニラ味 12本

→ バニラ味 6本 コーヒー味 6本

⑭疑義照会で確認が取れている漢方薬、メトクロプラミド、ドンペリドン等の「食後」投与

例：大建中湯 7.5g 分3毎食後 → 2回目以降の疑義照会は不要

⑮貼付剤・塗布剤・点眼液などの外用剤について 処方箋に使用回数・使用部位などの記載がない場合は、患者に聴取しその内容に齟齬がないと判断できれば、それをもとに調剤して構わない。ただし、患者の理解が明確でない場合や不明な点があった場合は、必ず疑義照会をおこなうこと。

⑯その他

疑義照会簡素化における合意書

国家公務員共済組合連合会（以下、甲という）と_____（以下、乙という）は、乙の保険薬局における甲の院外処方せんに係わる薬剤師法第24条の取り扱いについて、下記の通り合意した。

なお、保険薬局での運用においては、患者は不利益を被らないように、十分な説明の上合意を得てから行うものとする。

記

1 院外処方せんにおける疑義照会の運用について

以下の場合に原則として疑義照会を不要とする。

- ① 成分名が同一の銘柄変更（ただし変更不可の処方を除く）
- ② 内用薬の剤形の変更
- ③ 内用薬における別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④ 患者負担額について説明同意の上行う半錠、粉碎あるいは混合
- ⑤ 患者負担額について説明同意の上行う一包化
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装・規格変更
- ⑦ その他、合意事項

2 開始時期について

開始時期：

3 内容変更について

内容の変更については、必要時協議を行うこととする

西暦 年 月 日

名称（甲）：国家公務員共済組合連合会 立川病院
住 所：東京都立川市錦町4-2-22

代表者氏名：病院長 印

名称（乙）：
住 所：

代表者氏名： 印

残薬調整に係るトレーシングレポート

FAX: 立川病院薬剤科 042-523-3213

保険薬局 → 薬剤部 → 診療録

立川病院 御中

報告日： 年 月 日

担当医 先生 御机下	科 保険薬局 名称・所在地
患者ID：	電話番号：
患者名：	FAX番号：
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
処方日：	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<残薬調整した内容>*
<残薬の理由（複数回答可）> <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他
<薬剤師としての意見・提案内容>

FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
 疑義照会は通常通り電話(042-523-3131)にてお願いします。

書式3

簡素化マニュアルに基づく変更報告およびトレーシングレポート

FAX: 立川病院薬剤科 042-523-3213

保険薬局 → 薬剤部 → 診療録

立川病院 御中

報告日: 年 月 日

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
患者ID:		電話番号:
患者名:		FAX番号:
生年月日: 年 月 日		担当薬剤師名:
処方日:		
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。		
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。		

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

簡素化に基づく報告	<input type="checkbox"/> 含量規格・剤形変更 <input type="checkbox"/> 用法・日数変更 <input type="checkbox"/> 一包化の提案または解除 <input type="checkbox"/> 貼付剤や軟膏類の包装・規格変更 <input type="checkbox"/> 外用剤の全量処方への変更 <input type="checkbox"/> その他、簡素化マニュアルに基づく変更 (具体的記載:)
上記以外の報告	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案(上記の減薬以外) <input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス)とそれに関する指導内容 <input type="checkbox"/> 吸入・自己注射等の手技 確認 <input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い <input type="checkbox"/> その他(具体的記載:)
<上記についての詳細内容>	
<薬剤師としての意見・提案内容>	

FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り電話(042-523-3131)にてお願いします

R7.5 改定箇所

- 1) 最初のページ、保険薬局の薬剤師の方へ
 - 1 疑義照会 対応時間
平日、第2.4土曜 → 平日のみ

- 2) 最初のページ、保険薬局の薬剤師の方へ
 - 3 疑義照会簡素化
提出書類 を追記