

兵庫県立はりま姫路総合医療センター
院外処方箋の疑義照会に係る事前同意プロトコル

1:目的

院外処方箋にかかわる患者の利便性を向上させる
形式的な疑義照会に係る業務量を病院・薬局相互に軽減させる

2:プロトコル内容

兵庫県立はりま姫路総合医療センターと合意書を締結した保険薬局において、4項の①から⑨を条件に事前に医師の同意を得たものとみなし、変更を可能とする。

3:変更調剤後の連絡

変更調剤した場合は、内容をお薬手帳に記載のうえ、所定様式を用いてFAX(079-263-8231)にて当院に連絡すること。ただし、後発医薬品への変更調剤を行ったときはFAXによる情報提供は不要とし、実際に調剤した医薬品(後発医薬品等)の名称をお薬手帳へ記載し、受診時に持参するよう指導すること。

4:疑義照会の不要例(ただし、麻薬、抗悪性腫瘍薬に関するものは除く)

- ① 一包化調剤への変更(「一包化不可」とある場合は除く)
 - * 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に限る。
 - * 緩下剤に関して、特に一包化に関する指示がない場合は、一包化対象薬から除外すること。
- ② 一包化指示があるがヒートで調剤への変更
 - * 患者希望あるいはアドヒアランス不良が改善されると判断できる場合に限る。
- ③ 内用薬の剤形変更(散剤→錠剤への変更、普通錠とOD錠の変更)
 - * 安定性、利便性の向上のための変更に限る
 - 例:ビオフェルミンR散→ビオフェルミンR錠
- ④ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)
 - * 安定性、利便性の向上のための変更に限る
 - 例:5mg錠1回2錠 →10mg錠1回1錠 10mg錠1回0.5錠→5mg錠1回1錠
- ⑤ 成分名が同一の銘柄変更例
例:シングレア錠10mg→キプレス錠10mg
- ⑥ 湿布薬や軟膏での規格変更に関する(合計処方量が変わらない場合)
例:アドフィードパップ40mg(7枚入)×6袋 →アドフィードパップ40mg(6枚入)×7袋
例:マイザー軟膏0.05%(10g)1本→マイザー軟膏0.05%(5g)2本
- ⑦ 外用剤の用法(適用回数・部位・時期等)が口頭で指示されている場合に用法を追記すること
 - * 薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合
 - 例:(口頭で腰痛時に腰に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合)
- ⑧ 患者の希望があった場合の消炎鎮痛外用貼付剤における、パップ剤→テープ剤、テープ剤→パップ剤への変更(成分が同じものに限る。枚数に関しても原則同じとする)。
例:ロキソニンテープ100mg → ロキソニンパップ100mg
- ⑨ 医師了解のもとで処方されている用法
 - * 薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合
 - 例:漢方薬の「食後」投与

5:各種問い合わせ窓口、受付時間

(1)処方内容(診療、調剤に関する疑義・質疑等)に関すること

疑義照会、副作用報告については必ずFAXで送付してください。所定様式をご利用ください。

FAX受付時間:平日9時から17時まで(休日土曜、日曜及び祝祭日は受け付けません)。

FAX番号:079-263-8231(医事課)

なお、緊急を要する重篤な副作用が発症した場合は休日・夜間を問わず電話にて問い合わせること。

TEL:079-289-5080(代表)

(2)本プロトコル及び調剤内規に関すること

受付時間:平日9時00分から17時まで TEL:079-289-5080(代表)薬剤部宛て

(3)調剤過誤報告

調剤過誤が判明した場合は速やかにFAXにて報告願います。 FAX番号:079-263-8501(薬剤部)

院外処方箋の疑義照会に係る事前同意プロトコル 合意書について

【1】 「院外処方箋における疑義照会プロトコル合意書」により、当院と合意を得られた保険薬局及び薬剤師会・会員施設からの院外処方箋に係る疑義照会は、プロトコルの「疑義照会の不要例」については医師の同意がなされたとして、同意の確認を不要とします。

【2】 変更調剤した場合（再掲）

変更調剤した内容をお薬手帳に記載いただきますようお願いいたします。

変更調剤報告は事後でFAX（079-263-8231）（医事課）にて当院に連絡してください。

※FAX送信時に「疑義照会プロトコル合意書に基づき疑義照会を省略します」等の記載をお願いします。

なお、後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品同士の変更調剤を行ったときはFAXによる情報提供は不要とし、実際に調剤した医薬品（後発医薬品等）の名称をお薬手帳へ記載し、受診時に持参するよう指導してください。

【3】 「院外処方箋における疑義照会プロトコル合意書」は施設毎に**必要事項を2部（1部保険薬局様保管用、1部当院用）**にご記入・押印のうえ、**2部とも当院に送付**していただきますようお願いいたします。**後日返送**いたします。

〒670-8560 兵庫県姫路市神屋町3丁目264番地

兵庫県立はりま姫路総合医療センター

