

## 院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコル

みずしま協同クリニック（以降、クリニック）の院外処方せんにおいて、以下の項目については調剤前の疑義照会を省略し、患者に十分な説明を行い同意を得た上で、変更調剤を行っても良いこととする。

また、本プロトコルは、当クリニックと保険薬局による合意書（様式 1）の締結をもって実施する。

### （１）残薬確認に伴う減数調剤

薬剤師により薬歴上、継続処方されている処方薬に残薬が確認された場合、投与日数を減じて調剤できるものとする（外用剤、注射剤の本数変更を含む）。残薬の持ち込みによる確認、あるいは患者への聞き取りを十分に行った上で減数調剤を行う。

ただし、以下については、疑義照会対象とする。

- 医療用麻薬、抗がん剤に関する場合
- 処方薬の追加、削除、投与日数の延長となる場合
- 処方せんに「保険薬局が調剤時に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

### （２）内用薬における別規格製剤がある場合の規格の変更

コメントに「変更不可」の指示がある処方を除いて、安定性、利便性の向上のための規格の変更調剤ができるものとする。

【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

50μg錠 1回1.25錠 → 50μg錠 1回1錠 + 25μg錠 1回0.5錠

### （３）内用薬における主成分が同一の銘柄変更（後発品から先発品への変更も含む）

### （４）内用薬における剤形の変更

### （５）消炎鎮痛貼付剤における、パップ剤 ↔ テープ剤 の変更

### （６）患者が希望する粉砕、混合、一包化

### （７）週1回、月1回製剤の処方日数の適正化、連日投与の処方薬と比較して、間違いが明確な場合

### （８）医薬品供給不足下における同種同効薬への代替調剤。代替可能な医薬品については個別に指定する。

### <運用>

保険薬局は、プロトコルに基づいて変更調剤を行った場合は、様式 2 又は、処方せんに変更内容を記載し、当クリニック医療事務課に FAX 等で報告する。

(様式 1)

# 合 意 書

みずしま協同クリニックと 保険薬局名称: \_\_\_\_\_ は、みずしま協同クリニック発行の院外処方せん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、患者が不利益を被ることが無いように、十分な説明と同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

保険薬局での患者の待ち時間の短縮や処方医の業務負担軽減の観点から、「院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコル（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、処方医への同意の確認を不要とする。

### 2. 運用開始について

\_\_\_\_\_ 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、合意内容の変更については、必要時に協議することとする。

以上

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(保険薬局名) 住所：

名称：

代表者：

印

(医療機関名) 住所：岡山県倉敷市水島南春日町 1 番 2 号

名称：倉敷医療生活協同組合 みずしま協同クリニック

代表者：所長 大橋 英智

印

(様式 2)

# プロトコルに基づく変更調剤報告書

FAX： 086-446-2111（事務課）

みずしま協同クリニック 行

|      |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|
| 患者氏名 |       | 生年月日  | 年 月 日 |
| 診療科  |       | 処方医氏名 | 医師    |
| 処方日  | 年 月 日 | 調剤日   | 年 月 日 |

☐変更調剤内容

保険薬局名

担当薬剤師名

住所

電話番号／FAX 番号