

保険調剤薬局関係者各位

呉医療センター  
薬剤部長

## 院外処方せん疑義照会事前合意について

平素より当院の処方せんに応需いただき有難うございます。

当院では疑義照会項目の中で医師の合意が得られるであろう 11 項目につき、保険調剤薬局と事前合意をとり交わすことにより疑義照会の省略を可とすることといたしました。本運用につきましては当院幹部会議、ならびに医局会において既に承認を得られております。

疑義照会の事前合意により処方医師、保険薬剤師の業務負担を軽減するとともに、薬局での患者待ち時間の短縮を図るためです。2023 年 4 月 10 日より運用を開始しております。

適正な運用を実施するため「院外処方せん疑義照会事前合意に関する手順書」を熟読の上、当院施設長との合意書を交わすことを必須条件とします。

当該取り組みに参加をご希望される応需薬局は、店舗ごとに合意書へ必要事項を記載の上、手順書末尾にあります合意書の記載および押印し、**合意書 2 部を返信用封筒同封のうえ、呉医療センター薬剤部へ郵送してください。**なお、複数店舗がある場合においては一括合意とはしません。後日、当院施設長印を押印した合意書 1 通を返送いたします。なお、合意書「2. 開始時期」欄は空欄でお送りください。(当院で記載します)

### 【郵送先】

〒737-0023 広島県呉市青山町 3-1  
呉医療センター薬剤部

以上

## 院外処方せん疑義照会事前合意に関する手順書

疑義照会事前合意項目に関する処方変更・調剤後の対応

### 〈保険調剤薬局〉

○処方を変更して調剤した場合は、呉医療センターFAX コーナー（FAX:0823-24-5065）まで必ず情報提供する。変更内容とともに必ずわかりやすく変更理由を記載すること。

（例；ワルファリン 1mg 2.5錠粉砕→ワルファリン 1mg 2錠/0.5mg 1錠に変更 本人が錠剤を希望のため）

（例；30日→27日に変更 残薬が3日分あるため）

○処方せん（処方録）等に当該疑義が『事前合意・医師承認済』である旨、記録に残す。

○おくすり手帳や医薬品情報提供書等を活用し、患者への情報提供も併せて実施する。

### 〈呉医療センター薬剤部〉

○処方変更の情報をFAXにて入手した場合、迅速に電子カルテの処方を修正する。

\*医薬品マスターのある薬剤に限る。処方医師が認識できるよう変更理由も記す。

## 【疑義照会の事前合意項目と変更例】

変更内容は患者に十分説明を行い、特に金銭面に影響のある場合（薬剤料が高くなる場合等）は、患者の同意を得た場合のみ変更を行ってください。

個々の処方薬について、後発医薬品への変更不可欄にチェックが記載され、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出来ません。

### 1) 事前合意事項

疑義照会に関する事前合意に基づいて、薬局から処方医への疑義照会を省略し、FAXによるフィードバックのみとする。なお、薬剤部で必要に応じてカルテの処方内容を修正し、FAXはカルテ内にスキャンする。また修正内容を電子カルテ内の患者掲示板使用し処方医へ伝達する。

① 成分名が同一の銘柄変更（先発品間でも可）\*体内動態等を考慮すること

例：フオサマック錠 35mg →ボナロン錠 35mg

② 剤形の変更（OD錠や散剤への変更も含む）\*体内動態等を考慮すること

例：ビオフェルミンR散→ビオフェルミンR錠

アレロック OD錠 5mg →アレロック錠 5mg

アスベリン錠 10mg 2錠（粉砕）→アスベリン散 10%0.2g

\*用法用量の変更がない場合のみ可

\*軟膏・クリーム剤間の変更は不可

\*体内動態等を考慮すること

③ 別規格製剤がある場合の規格変更

例：マイザー軟膏 0.05%5g 2本→マイザー軟膏 0.05%10g 1本

④ 一包化への変更あるいはその逆

\*抗腫瘍剤を除く

\*医師による一包化不可の指示がある場合は除く

\*算定料が変更になる場合は十分に説明し同意を得る

⑤ 半割・粉砕・混合あるいはその逆

例：ワーファリン錠 1mg 2錠/ワーファリン錠 0.5mg 1錠→ワーファリン錠 1mg 2.5錠

\*アドヒアランスなどの理由で半割、粉砕、混合あるいはその逆

\*抗腫瘍剤を除く

⑥ 残薬がある場合等の日数短縮

例：酸化マグネシウム 330mg 14日分→1日分

\*処方削除の場合は処方医へ確認すること。(次回以降の処方に影響するため)

⑦ 次回受診日まで足りない場合の日数延長、総量変更

例：酸化マグネシウム 330mg 1日分→14日分

⑧ 患者が希望する場合の後発品から先発品への変更

例：ランソプラゾール OD錠 30mg →タケブロン OD錠 30

\*薬剤費が変更になる場合は十分に説明を行う。

⑨ 特殊用法に伴う日数変更(週1回服用製剤等)

例：フォサマック錠 35mg 42日分→6日分(次回受診が6週間後の場合)

⑩ 消炎鎮痛外用薬のパップ剤からテープ剤への変更あるいはその逆

例：ロキソプロフェンナトリウムテープ 100mg →ロキソプロフェンナトリウムパップ 100mg

\*ただし同成分、同規格に限る

⑪ 消炎鎮痛外用薬の貼付部位の記載追記(患者へ口頭指示がある場合)

例：ロキソプロフェンナトリウムテープ 100mg 1日1枚 貼付→1日1枚「腰」に貼付

2) 医師に疑義照会をする事項

上記項目以外は従来通り、処方医へ疑義照会を実施し確認の上で処方の修正を行ってください。  
い。\*当院薬剤部では個別の疑義照会の仲介等は実施していません。

# 疑義照会・フィードバック連絡用紙

(呉医療センター FAX: 0823-24-5065)

(保険薬局→薬剤部→処方医)

【FAX 枚数 全 \_\_\_ 枚】

★ 処方箋も併せて、FAX してください。

※「合意書 No.」は、薬局と病院で取り交わす合意書の（許可）No の事です。  
各薬局固有の No となります。

※疑義照会省略は、この No をお持ちの薬局のみ可能です。

薬局名 \_\_\_\_\_

合意書 No. \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ (別途記載の場合は省略可能)

該当内容に○をしてください

事前合意に基づいた疑義照会省略項目

- ( ) 1. 成分名が同一の銘柄変更  
(先発品間でも可。体内動態を考慮すること。)
- ( ) 2. 剤形の変更  
(OD 錠や散剤への変更も含む。体内動態を考慮すること。)
- ( ) 3. 別規格製剤がある場合の規格変更
- ( ) 4. 一包化への変更、あるいは一包化中止
- ( ) 5. 半割・粉碎・混合、あるいは、その中止
- ( ) 6. 残薬がある場合等の日数短縮
- ( ) 7. 次回受診日まで足りない場合の日数延長、総量変更
- ( ) 8. 患者が希望する場合の後発品から先発品への変更
- ( ) 9. 特殊用法に伴う日数変更 (週 1 回服用製剤等)
- ( ) 10. 消炎鎮痛外用薬のパップ剤からテープ剤への変更あるいはその逆
- ( ) 11. 消炎鎮痛外用薬の貼付部位の記載追記  
(患者へ口頭指示がある場合)

【患者の同意】 取得済み ・ 未同意

【備考】

# 合 意 書

独立行政法人国立病院機構呉医療センター（以下当院）と

保険調剤薬局名称

(保険調剤薬局 記載欄)

は、当院より処方される院外処方せんにおける疑義照会の運用について、下記のとおり合意した。なお、患者の不利益とならないよう、十分な説明と同意を得た後で行うこと。

## 記

### 1. 規定

#### 【疑義照会の事前合意項目】

- ① 成分名が同一の銘柄変更（先発品間でも可）＊体内動態等を考慮すること
- ② 剤形の変更（OD錠や散剤への変更も含む）＊体内動態等を考慮すること
- ③ 別規格製剤がある場合の規格変更
- ④ 一包化への変更あるいはその逆  
＊抗腫瘍剤を除く  
＊医師による一包化不可の指示がある場合は除く
- ⑤ 半割・粉碎・混合あるいはその逆  
＊アドヒアランスなどの理由で半割、粉碎、混合あるいはその逆  
＊抗腫瘍剤を除く
- ⑥ 残薬がある場合等の日数短縮
- ⑦ 次回受診日まで足りない場合の日数延長、総量変更
- ⑧ 患者が希望する場合の後発品から先発品への変更
- ⑨ 特殊用法に伴う日数変更（週1回服用製剤等）
- ⑩ 消炎鎮痛外用薬のパップ剤からテープ剤への変更あるいはその逆  
＊ただし同成分、同規格に限る
- ⑪ 消炎鎮痛外用薬の貼付部位の記載追記（患者へ口頭指示がある場合）

\*上記項目以外は従来通り、処方医へ疑義照会を実施し確認の上で処方の修正を行ってください。当院薬剤部では個別の疑義照会の仲介等は実施していません。

2. 開始時期

合意書 No. \_\_\_\_\_ と認定し (呉医療センター 記載欄)

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より開始とする (呉医療センター 記載欄)

住所 広島県呉市青山町 3-1

名称 独立行政法人国立病院機構呉医療センター

代表者氏名 (院長) \_\_\_\_\_ 印  
(呉医療センター 記載欄)

3. 保険調剤薬局基本情報

記載日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(保険調剤薬局 記載欄)

保険調剤薬局住所 \_\_\_\_\_  
(保険調剤薬局 記載欄)

保険調剤薬局名称 \_\_\_\_\_  
(保険調剤薬局 記載欄)

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(保険調剤薬局 記載欄)