院外処方箋における疑義照会事前同意プロトコール

《背景》

薬剤師による疑義照会は医薬品を適正に使用する上で重要な業務であるが、形式的な疑義照会も多く、患者・処方医・薬剤師それぞれの負担になることがある。

《目的》

形式的な疑義照会をなくすことで、保険薬局での患者待ち時間の短縮、処方医および薬局薬剤師の負担軽減を図る。

《対象》

合意が得られた保険薬局

《実施薬剤師》

合意が得られた保険薬局の薬剤師

《概略》

当院では、平成 22 年 4 月 30 日付 厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・

連携によるチーム医療の推進について」を踏まえ、プロトコールに基づく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、患者への薬学的ケアの充実および処方医師の負担軽減を図る目的で「院外処方せんにおける疑義照会事前同意プロトコール」の運用を開始する。

《運用方法》

磐田市立総合病院(当院)において、院外処方箋に関わる個別の処方医への疑義照会不要例を定めたプロトコールを作成する。

当院と保険薬局において、疑義照会事前同意における合意書(※別紙1)を取り交わし、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得られたものとして扱う。

薬局薬剤師は、プロトコールに基づいて変更した内容について、事後に「疑義照会事前同意プロトコール専用報告書」(※別紙2)に記載し、当院に FAX で連絡する。

当院において、 「疑義照会事前同意プロトコール専用報告書」に基づいて、処方オーダを変更あるいはコメント入力する。「疑義照会事前同意プロトコール専用報告書」は、電子カルテにスキャン取り込みをする。

《プロトコールの実施にあたっての前提と基本的注意事項》

* 服用方法・安全性・価格等について十分な説明を行い、患者の同意が得られた場合に限る。
* 処方内に医師のコメントがある場合はコメントを優先する。
* 麻薬・覚せい剤原料・抗悪性腫瘍薬については本プロトコールの対象としない。
* 判断に悩む場合は、薬局で拡大解釈をせず、必ず疑義照会すること。

《変更調剤の対象とルールについて》

1. 「患者希望」あるいは「アドヒアランス不良で一包化による向上が見込まれる」の理由により一包化調剤すること 。

　　　・抗腫瘍剤、およびコメントに一包化不可とある場合は除く。

　　　・吸湿性等安定性のデータには留意すること。

　　　・ただし、一包化加算を算定する場合は、患者に説明し同意を得ること。

　　　・一包化指示であるが、明らかに不要の場合は変更可能とする。

1. 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 (外用剤の数量変更を含む)、および、Do処方をして処方日数が必要数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化。

　　　・明らかなアドヒアランス不良により残薬がある場合は、疑義照会で原因(副作用が

　不安で飲んでいない、必要性を理解していないなど)も報告し減数(削除)すること。

・注）切迫早産に対するリトドリン錠の処方は、14日間を超えて処方しない、また妊娠37週を超えて処方しない。

　　　例）マグミット錠330mg　42日分→14日分(残薬あるため)

　　　例）(次回診察日が6週間後)処方薬35日分→42日分

1. 添付文書上 週 1 回、あるいは月 1 回など明記されている薬剤が、連日投与の他の処方薬と同一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)(ほかの処方薬が35日分処方のとき)

　　アレンドロン酸塩錠35mg(週1回製剤)　1日1回　35日分→5日分

1. 「1 日おきに服用」・「週 3 回・月水金」など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（コメントが明記されているなど処方間違いが明確な場合）

例)(ほかの処方薬が35日分処方のとき)

　　　　　バクトラミン配合錠1日1回(週3回・月水金)35日分→9日分

1. 外用剤の用法 (適用回数、適用部位、適用タイミング等) が口頭で指示されていて薬歴および患者面談において用法が明確な場合 (処方せん上、「医師の指示通り」が選択されている) の用法の追記

　　　例)ロキソプロフェンテープ　1日1回→1日1回　腰1回1枚

　　　例)ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%　医師の指示通り→1日1回　傷口

1. 内服薬の用法が頓服あるいは回数指定にて処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されていて、薬歴および患者面談上用法が明確な場合の用法の追加

　　　例)タモキシフェン錠10mg 1日1回　いつでも可→1日1回朝食後

1. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更 (含量規格変更不可の処方を除く)。

　　　・薬物動態を考慮し、安全性/利便性が向上する場合に変更可能とする。但し、価格

　　　　の面での患者の同意を得ること。

　　　・服用量の調節を指示している場合もあるため患者からの聞き取りを行うこと。

　　　・当院にて非採用の規格への変更も可とする。

　　　例：カルボシステイン錠250mg 6錠分3→カルボシステイン錠500mg 3錠分3

　　　例：フロセミド錠20mg錠1回0.5錠→フロセミド錠10mg錠1回1錠

1. 内服困難等の理由により分割、粉砕あるいは混合すること、あるいはその逆 (規格追加も含む)。ただし、抗腫瘍剤、催奇形性を有する薬剤を除く。

1. 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること (合計処方量が変わらない場合)

　　　例）セルタッチ（6枚入り）×7袋→セルタッチ(7枚入り)×6袋

　　　例）ジフルプレドナート軟膏0.05%(5g)2本→(10g)1本

1. 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更 (先発品類似剤型への変更を含む)。一般名処方においては、下記に掲げる範囲内で変更を可能とする (先発・後発は問わない)
2. 錠剤 (口腔内崩壊錠を含む)、カプセル剤、丸剤、ゼリー剤、フィルム剤
3. 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤 (内服用固形剤として調剤する場合に限る)
4. 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤 (内服用液剤として調剤する場合に限る)

・必ず患者に説明 (服用方法、価格) 後、同意を得て変更すること。

例)【般】ブロチゾラムOD錠0.25mg

　　　　　　　　　　　　→ブロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」(従来より可)

　　　　　　　　　　　　→レンドルミンD錠0.25mg(従来より可)

　　　　　　　　　　　　→グッドミン錠0.25mg(従来より可)

　　　　　　　　　　　　→レンドルミン錠0.25mg

 合意書

磐田市立総合病院と (保険薬局名称) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

院外処方箋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．院外処方箋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

「院外処方箋における疑義照会事前同意プロトコール」 (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、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

(参考：薬剤師法第 23 条 2 項)

薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

２．運用開始について

20 　　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

合意の解除及び内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

(施設住所・名称・代表者)

　　20 　　年 　　月 　　日

　　住所 : 〒438-8550 静岡県磐田市大久保 512-3

名称 : 磐田市立総合病院

代表者 : 病院長 　　　山﨑薫　　　　　　印

20 　　年 　　月　　 日

　　住所 :

　　名称 :

　　代表者 : 　　　　　　　　　　　　　　　 印