

令和5年12月8日

(一社) 富田林薬剤師会

会員先生 各位

(一社) 富田林薬剤師会

会長 南 貞子

大阪はびきの医療センター疑義照会簡素化プロトコルの合意書の件

平素は、当会活動に、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

標記に就き、羽曳野市薬剤師会より連絡がありました。

プロトコルに合意される場合、各薬局で添付書類をダウンロードして頂き

合意書を大阪はびきの医療センター宛てに郵送をしてください。

病院で確認後、FAX にて合意書が送られてきますので、その時点で締結となります。

ご不明な点があれば、直接、ミナミ薬局 南に電話 (0721-23-2246) 、  
または、メール ([minamitonyaku@gmail.com](mailto:minamitonyaku@gmail.com)) にお問い合わせください。

(ラインでも OK)

宜しくお願い致します。

# 疑義照会簡素化プロトコル

## 【原則：プロトコル対象外（疑義照会が必要な処方箋）】

- ・ 処方箋に「変更不可」欄にチェックがあり医師の署名がある場合
- ・ 麻薬・覚醒剤原料

## 【すべての項目において以下に該当する場合は患者への十分な説明と同意が必要である。】

- 薬価が高くなる場合
- 新たに加算の算定が生じる場合
- 服用数や個数が増えるなど患者負担が生じる場合や見た目や矯味が変わる場合

	疑義照会簡素化合意項目
①	同一成分の先発品への銘柄変更 ※適応が同一であることが条件
②	別規格がある場合の処方規格の変更 ※用法・用量（分量）が変わらない場合のみ可 例) 15mg2錠→30mg1錠 10mg0.5錠→5mg1錠
③	剤形変更 例) ファモチジン OD錠 ⇔ ガスター錠      タケプロン OD錠      ⇔ タケプロンカプセル カロナール細粒 ⇔ カロナールシロップ <b>※クリーム⇔軟膏など外用薬の剤形（基剤）変更は不可</b>
④	1包化 患者や患者家族等の申し出があった場合、1包化によりアドヒアランス向上が期待出来る場合 ➤ 製剤上の安定性を確認すること、また調節指示がある薬剤は除くこと
⑤	粉砕・半錠・混合調剤 患者や患者家族等の申し出があった場合、アドヒアランス向上が期待出来る場合 ただし、製剤上粉砕不可の場合は疑義照会等で対応すること ➤ 有効性、安定性、品質などが担保できること
⑥	服用指示日（週3回や週1回）等のコメントに併せて処方日数の修正 <b>※残薬調整に伴う処方日数の変更は処方箋に医師の指示がある場合に限り可とする</b> ただし、処方日数を増やす場合は疑義照会必要
⑦	湿布剤の貼付部位の記載 患者より聞き取り可能な場合は疑義照会不要
⑧	外用薬の規格等の変更 例) アズノール軟膏 100g→20g チューブ 5本
⑨	漢方薬の食後用法 アドヒアランス向上を目的として用法が食後になっているため、疑義照会不要

保険薬局は、変更した内容について、FAX（072-958-3291）を用いて当院薬局に報告する

## 院外処方せん疑義照会簡素化プロトコルの合意書

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター（以下「甲」という）と保険薬局  
[店舗名： ]（以下「乙」という）は、院外処方せんにおける  
疑義照会の運用について、下記の通り合意する。

なお、保険薬局での運用においては、患者が不利益とならないように十分な説明の上、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

次頁の項目（①から⑨）については、平成 22 年 4 月 30 日の厚生労働省医政局通知 医政発 0430  
第 1 号の「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」の主旨に基づき、医師の  
診察時の業務負担の軽減と患者の待ち時間短縮等の観点から、薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する  
医師との包括的同意がなされたとして、個別に処方医への同意確認を不要とする。

（参考：薬剤師法第 23 条）

- ・薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
- ・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。

なお、次頁の項目に該当しない場合は、これまで同様処方医への疑義照会を実施すること。

#### 2. 開始時期について

（西暦） 年 月 日より開始とする。（年月日は病院にて記載）

#### 3. 合意の解除、内容の変更について

合意の解除およ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

西暦 年 月 日

甲

名称：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

住所：大阪府羽曳野市はびきの 3-7-1

代表者名；院長 山口 誓司

乙

名称（薬局店舗名）：

住所：

電話： FAX：

代表者名：

院外処方せん疑義照会簡素化プロトコルに合意いただける場合

・乙 に記入いただき、それを大阪はびきの医療センター 薬局宛に「疑義照会簡素化プロトコル合意書在中」と記載して郵送してください。

・郵送いただいた書類を確認後、合意書に開始日(FAX 翌平日とする)を記入して、当センターから保険薬局様に FAX 送信しますので、それを各店舗で保管してください。