

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル

2026年 2月 25日

1. 事前準備

- ① 病院より、処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルについての説明を受け、「兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル合意書」を取り交わしてください。
- ② 変更内容を記載しFAXにて送信する方法を確認してください。
- ③ 本プロトコルについては改訂される場合がありますので、ホームページ掲載の最新版をご確認ください。

【処方変更に係わる原則】

- ・ 先発医薬品において「変更不可」の欄にチェックがあり、かつ保険医署名欄に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できない。
- ・ 「剤型変更不可」又は「含量規格変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ・ 処方変更は、各医薬品の適応及び用法用量を順守した変更とすること。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・ 患者に十分な説明（服用方法、安定性、価格等）を行い、同意を得た上で変更する。
- ・ 患者の同意が得られれば、薬価が高くなる場合も可である。
- ・ 麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについてはプロトコル対象外とする。

【長期収載品への対応】2024年10月選定療養費

・ 長期収載品が処方された場合、医療上の必要性について懸念がある場合には疑義照会を行うが、以下の理由の記載があれば疑義照会不要とする。

- 1) 薬事上承認された効能効果に差異がある
- 2) 過去に当該後発医薬品で副作用や相互作用等の問題を生じたことがある
- 3) 学会ガイドラインにおいて、後発品切り替えが推奨されていない

・ 後発医薬品を銘柄名処方した場合であって、「変更不可」の欄に「✓」または「×」が記載されていない場合に、長期収載品を調剤する医療上の必要性※があると考えられる場合は疑義照会不要とする。ただし、その旨を医療機関に情報提供する。

※服用しにくい剤型や吸湿性のため一包化できない等を指し、患者の好みによる変更は対象外。

2. 各種問い合わせ窓口

院外処方箋における処方内容、調剤・薬剤情報、保険情報の問い合わせはFAXでお願いします。別紙疑義照会票を記入のうえ、平日の午前8時45分～16時45分にFAXしてください。

FAX番号：0791-58-1071

3. 処方変更・調剤後の連絡

院外処方箋問い合わせプロトコルに基づき、処方変更し調剤した場合や残薬調整を行った場合は、変更調剤報告書をFAXしてください。

4. 問い合わせの不要の項目

1) 成分名が同一の銘柄変更

例1： グラクティブ錠 50mg → ジャヌビア錠 50mg

例2： ロキソプロフェンNa錠 60mg 「日医工」 → ロキソニン錠 60mg

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

2) 剤形の変更

例1： ビオフェルミンR散 → ビオフェルミンR錠

例2： タケキャブ錠 20mg → タケキャブOD錠 20mg

例3： ランソプラゾールOD錠 15mg → ランソプラゾールカプセル 15mg

例4： 【般】プロチゾラム口腔内崩壊錠 0.25mg → レンドルミン錠 0.25mg

※用法用量が変わらない場合のみ可とする。

※外用薬の変更は不可とする。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

※剤型違いで換算容量が等しいものは変更可能とする。

3) 別規格製剤がある場合の処方規格の変更

例1： 5mg錠 1回2錠 → 10mg錠 1回1錠

例2： 20mg錠 1回0.5錠 → 10mg錠 1回1錠

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

4) 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること

例1： 7枚入り 6袋 → 6枚入り 7袋

例2： 5g 2本 → 10g 1本

※合計処方量が変わらない場合のみ可とする。

5) 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

例： ロキソプロフェンNaテープ 100mg → ロキソプロフェンNaパップ 100mg

※成分が同じものに限る。

※枚数に関しても原則同じとする。

6) 服用歴のある配合剤が、単剤の組み合わせ（同一成分および含量）に変更されたと判断でき、患者が希望したときに元の配合剤へ変更すること

例：（薬歴上）

トラディアンズ配合錠 AP 1 錠

（今回処方）

トラゼンタ錠 5mg 1 錠

ジャディアンズ錠 10mg 1 錠

→ トラディアンズ配合錠 AP 1 錠 に変更可能

※薬歴等に基づき、兵庫県立リハビリテーション西播磨病院（当院）への入院により変更されていることを確認できた場合のみ可とする。

※麻薬、免疫抑制剤（スタレボ、シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

7) 服用状況等の理由により処方薬剤を半錠や粉砕、混合すること、あるいはその逆（規格追加も含む）。

例：（粉砕）チラーヂン S 錠 $50\mu\text{g}$ 0.25 錠 → チラーヂン S 錠 $25\mu\text{g}$ 錠 0.5 錠

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、ワーファリンについては対象外とする。

8) 処方薬剤を服用状況等の理由により、一包化調剤すること、あるいはその逆
※コメントに「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改善されると判断できる場合に限る。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、ワーファリンについては対象外とする。

9) DPP-4 阻害薬の週 1 回、あるいはビスホスホネート製剤の週 1 回、月 1 回製剤が、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

例：マリゼブ錠 25mg（週 1 回） 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後 14 日分 → 2 日分

※他剤の処方日数や次回受診予約日等から、処方間違いが明確な場合に限る。

10) 「1 日おきに服用」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

例：バクトラミン配合錠 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後 1 日おき 30 日分 → 15 日分

※他の処方薬の日数や次回受診予約日等から、処方間違いが明確な場合に限る。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

11) 「曜日指定」等の連日投与しない指示のある処方薬が、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

例：バクトラミン配合錠 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後（月・水・金内服） 28 日分 → 12 日分

※他の処方薬の日数や次回受診予約日等から、処方間違いが明確な場合に限る。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

12) 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

例1：クロピトグレル錠 75mg 30日分 → 23日分（10日分残薬があるため）

例2：ルリコンクリーム 1%10g 3本 → 2本（1本残薬があるため）

※残薬調整を行った場合は、必ず変更調剤報告書を用いて、残薬が生じた理由と残薬を回避するために取った対応についての情報提供をお願いします。この情報がない場合、次回診療時に患者に不利益が生じることもあり得るので厳守してください。

※処方箋における「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は、処方医に疑義照会した上で変更してください。

※外用剤の本数変更も含む。

※処方日数（数量）をゼロにすることは出来ない。

※残薬調整では、数日分の余裕を持たせる。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

13) 薬歴上、継続処方されている処方薬において Do 処方が行われたために、処方日数が必要日数に満たないと判断される場合に投与日数を適正化すること

※日数の延長は次回受診日までに休薬や中止がなく継続できる場合に限る。

※患者の要望などを理由とした必要以上の増量は不可。

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

※向精神薬は 30 日を限度とする。

14) ビスホスホネート製剤（内用薬）の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更すること

例：アクトネル錠 75mg（月 1 回） 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後 → 起床時

15) 初回処方時に用法を疑義照会し、確認が取れている漢方薬、EPA 製剤、EPA・DHA 製剤、ドンペリドンの「食後」投与

例：ドンペリドン錠 10mg 1 回 1 錠 1 日 3 回 毎食後

→ 2 回目以降の問い合わせは不要

※「食後投与医師確認済み」とし、処方箋記載のまま調剤する。

16) 内用薬の用法が頓服あるいは回数指定で処方箋上に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されている場合（薬歴上あるいは患者面談上、用法が明確な場合を含む）の用法の追記

例：フロセミド錠 20mg 1 回 1 錠 1 日 1 回

→ 1 回 1 錠 1 日 1 回 体重が 50kg を超えた時

※麻薬、免疫抑制剤（シクロスポリン、タクロリムス、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル）、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

ール酸モフェチル)、注射薬、ワーファリンについては対象外とする。

17) オンジェンティス (そのジェネリックでも) が (一般名) レボドパ/カルビドパもしくは (一般名) レボドパ/ベンセラジドと同一タイミングで処方されている場合の、(一般名) レボドパ/カルビドパもしくは (一般名) レボドパ/ベンセラジドと 1 時間以上の間隔を空けた「起床時投与」もしくは「ねる前投与」を許可する。また、食事と 1 時間間隔を空けることも指導してください。

18) (初回処方時に用法を疑義照会し、確認が取れている患者における、一般名) レボドパ/カルビドパもしくは (一般名) レボドパ/ベンセラジドの体調による 1 時間以内の自己調整の可能 → 2 回目以降の問い合わせは不要とする。

19) 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。

※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

5. 注意点

- ・ 必ず患者の同意を得たうえで実施してください。
- ・ 上記に該当しない変更を含む問い合わせおよび判断に悩む場合は、必ず通常の疑義照会を行ってください。