

# 淡海医療センターの疑義照会運用 Q&A

第4版

淡海医療センター

淡海ふれあい病院

びわこ薬剤師会

保険薬局のみなさまへ

はじめに

平素は、院外処方箋発行の応需につきまして、ご協力を頂きありがとうございます。当院では薬物治療管理の一環として、調剤上の形式的な変更に伴う疑義照会の削減による処方医や保険薬局での負担軽減、また患者さんへの薬学的ケアの充実を図る目的で、一般社団法人びわこ薬剤師会と協議の上、平成 27 年 1 月に「疑義照会に関する覚書」を締結し、覚書事項に関して FAX で処方提案する疑義照会の運用を開始しました。

しかしながら、本運用の周知が不十分であったことから、当院と保険薬局の先生方において認識のズレが生じてしまい、大変ご迷惑をおかけしております。

今回、「疑義照会の覚書事項」の運用を進める中で、多く問い合わせを頂いた事項について協議し、事例を示し、わかりやすく「Q&A」にまとめました。保険薬局の先生方には「Q&A」をご確認いただき、改めまして、今後本運用へご協力をいただけますよう宜しくお願い致します。

社会医療法人誠光会淡海医療センター 薬剤部長 松浦 佳代  
一般社団法人びわこ薬剤師会 会長 村杉 紀明

改訂内容

【第 3.1 版→第 4 版】

リフィル処方箋についての項目追記

# 基本的なルール

淡海医療センターとびわこ薬剤師会で結んだ覚書では、疑義照会そのものを省略するのではなく、合意事項に関する内容については簡略化された疑義照会「FAXによる疑義照会（処方提案）」ができるように運用を開始した。

そのため、下記の合意事項以外は従前のおり必ず電話にて疑義照会することが必要である。電話で疑義照会した場合は、その後に報告書としてFAXを送信する。報告書には、FAXによる疑義照会と電話による疑義照会とを区別するためにその旨を記載する。（報告書記載例後述）

## 合意事項

### 1. 治療学上必要とされる一包化調剤または錠剤粉碎・混合の提案

アドヒアランスや患者の服用しやすさを目的とした一包化調剤または粉碎調剤の提案。但し、自家製剤加算や嚥下困難者用製剤加算を算定するケースは、患者負担等十分な説明を行い、同意を得た旨を記載すること。

### 2. 剤型変更

一般名、薬価収載名処方にかかわらず次の各グループ内であれば変更可能。

- (ア) 普通錠、口腔内崩壊錠、カプセル剤、丸剤
- (イ) 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、内服固形剤として調剤するドライシロップ剤
- (ウ) 液剤、シロップ剤、内服液剤として調剤するドライシロップ剤
- (エ) パップ剤、テープ剤
- (オ) ミヤ BM 細粒、ミヤ BM 錠 ※用量に注意 3g分3 → 6錠分3

### 3. 残薬調整

処方自体を無しには出来ない。最低1日分までの減量とする。処方日数の誤りの確認および日数延長は、これに含まない。

服薬アドヒアランスの不良が著しい、または残薬を生じることが問題であると認められた場合、トレーシングレポート等により残薬を生じた背景・理由について処方医への情報提供をすること。

### 4. 成分が同一の銘柄変更

患者へ十分な説明を行い、同意を得た旨を記載すること。

ex. 「患者同意済」など

## 5. 処方規格の変更

利便性向上、安定性、品質の向上を目的とした処方規格の変更。

ex. 2mg錠×0.5錠 → 1mg錠×1錠に変更など

## 6. 添付文書に指定された用法への変更

添付文書に指定された用法への変更。

ビスホスフォネートの起床時、リナクロチドの食前、 $\alpha$ グルコシダーゼ阻害薬やグリニド薬の食直前、漢方薬の食前または食間など、添付文書上服用タイミングが指定されていて、明らかに処方された用法が誤りと判断できるものに限る。食後と指示されていて、患者への服薬状況聴取により食後服用が妥当であった場合は、食後として交付する。処方意図が明らかでない時は電話にて照会すること。

## 7. 外用剤の使用部位・タイミング

外用剤の使用部位・タイミングが未記載または不備のある場合に、患者又はその家族から聴取し、妥当であった場合の用法の提案

## 8. プロトン阻害剤の長期処方時の病名確認

8週間以上処方時の、「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法」の病名確認。

## 9. 明らかな処方日数の誤りの訂正

隔日投与、weekly製剤、Monthly製剤が、誤って他の連日投与の日数と同一で処方されているもの。

ex. アレンドロン酸錠 35mg 1錠 28日分 → 4日分

外用剤の総量処方または一回分処方の誤り。

ex. ニトロペン舌下錠 0.3mg 1錠 1日10回 → 10錠 1回1錠

# FAXによる疑義照会（処方提案）方法

- ① 対象の処方箋の右の欄に処方提案の要点とその理由、他共有すべき内容を記入し薬剤部へFAX。
- ② 5分間待ち、薬剤部からの連絡がなければFAXによる疑義照会（処方提案）は了承されたことになる。

# Q&A

## 一包化・粉砕指示

**Q**：一包化の指示が欲しい

**A**：（記載例）アドヒアランス向上目的に、一包化が有効と考えられる。一包化指示依頼。負担金増について患者同意済。

**Q**：錠剤を服用できないため粉砕指示が欲しい

**A**：（記載例）錠剤の服用が困難であり、粉砕指示を希望。負担金増について患者同意済。

## 剤型変更

**Q**：（般）アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠 5mg の処方について、患者希望によりアムロジン錠 5mg で調剤したい

**A**：（記載例）般）アムロジピンベシル酸塩口腔内崩壊錠 5mg を、患者希望によりアムロジン錠 5mg で調剤。負担金増について患者同意済。

**Q**：メプチンドライシロップ 0.005% 1g →メプチン顆粒 0.01% 0.5g へ変更したい

**A**：本来メプチンドライシロップであるべき明確な理由がある場合（例：服用量を少なくしたいなど）は、漫然とした薬局の在庫都合による FAX による疑義照会を続けないよう留意すること。

（記載例）

当薬局の在庫がなく、即時に調剤を希望している患者のため、メプチンドライシロップからメプチン顆粒での調剤を希望。負担金増について患者同意済。

**Q**：患者希望もしくは医師の処方間違いによる軟膏⇄クリームの変更をしたい

**A**：合意事項に該当しないので、電話による疑義照会が必要。

## 残薬調整

**Q**：残薬があるため処方を削除したい

**A**：残薬のため処方日数を減らすことは合意事項だが、処方自体を無しには出来ない。処方を削除したい場合は電話による疑義照会に対応すること。なお、合意事項を適用する場合は、患者と相談した日数（最低 1 日分まで）で対応可能。

**Q**：処方日数を増やしたい。処方追加（処方漏れを含む）したい

**A**：合意事項に該当しないので、全て電話での疑義照会に対応すること。

## 銘柄変更

**Q**：先発品から先発品への変更したい

**A**：先発品どうしの変更についても合意事項であり、FAX で疑義照会（処方提案）すればよい。

### 規格変更

Q：アダラート CR 錠 40mg 0.5 錠で処方あるが分割不可

A：合意事項であり、分割できない理由を記載し FAX で疑義照会（処方提案）すればよい。

（記載例）

アダラート CR 錠は薬物動態が変化するため分割不可である。「アダラート CR 錠 40 mg 0.5 錠」から「アダラート CR 錠 20 mg 1 錠」に変更を提案する。

Q：患者希望により貼付剤ケトプロフェンテープの規格を 20mg から 40mg へ変更したい

A：用量変更にあたり、合意事項に該当しないので、電話による疑義照会の対応が必要。

### 外用剤の使用部位・タイミング

Q：ロキソニンポップ 100mg に用法指示がないが患者より 1 日 1 回で使うよう医師に聞いていると確認できたがどうしたらよいか

A：合意事項であり、患者等から聞き取った用法記入し FAX で疑義照会（処方提案）すればよい。

（記載例）

ロキソニンポップ 100 mg の用法記載がないが、患者聞き取りより「膝に 1 日 1 回」と確認できた。用法および使用部位は同内容でよいか。

### リフィル処方箋

Q：2,3 回目の渡薬時に疑義事項がある

A：初回同様、合意事項以外の内容は電話で疑義照会した後に FAX を送信する。合意事項の内容は FAX により疑義照会する。

Q：2,3 回目の調剤予定日の前後 7 日以内に来局されなかったため、有効日を変更してほしい

A：有効日変更には対応しない。状況を精査いただき、受診勧奨等患者にご指導いただきたい。

Q：2,3 回目の調剤前に患者が処方箋を紛失したので、再発行してほしい

A：リフィル処方箋の再発行には対応しない。再受診を促していただきたい。

Q：有害事象を疑う症状がある

A：受診勧奨し、迅速に処方診療科へ電話連絡をいただきたい。

# 回答の記載例

## 合意事項の場合

回答欄を予測して記入する必要はない。但し、照会内容として希望する変更の結果を記載することは差支えない。

<input checked="" type="checkbox"/> FAX		覚書に該当する疑義照会	<input type="checkbox"/> TEL
<覚書に該当する疑義照会> <input checked="" type="checkbox"/> 一包化・ヒート化・粉碎指示 <input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 同一成分の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 規格の変更 <input type="checkbox"/> 添付文書上の用法へ変更 <input type="checkbox"/> 外用剤の使用部位・タイミング <input type="checkbox"/> PPI の病名確認 <input type="checkbox"/> 明らかな日数の誤り		<input type="checkbox"/> 日数の延長 <input type="checkbox"/> 用法・用量・コメントの不備、 <input type="checkbox"/> 処方もれ・処方過多 <input type="checkbox"/> 相互作用・副作用・禁忌・慎重投与 <input type="checkbox"/> 適応病名の確認（PPI 以外） <input type="checkbox"/> 管理料・指導料の報告 <input type="checkbox"/> 保険番号・患者情報 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 有害事象がある <input type="checkbox"/> アドヒアランス不良、服薬困難 <input type="checkbox"/> 特に慎重な投与を要する薬物の使用 <input type="checkbox"/> 処方重複 <input type="checkbox"/> ADME 機能低下による減量・中止 <input type="checkbox"/> 相互作用が懸念される <input type="checkbox"/> 処方意図不明 <input type="checkbox"/> 推奨治療期間を超過 <input type="checkbox"/> 患者からの減薬希望
照会内容	アドヒアランス向上のため一包化が有効と考えられます。 一包化指示追加をお願いします。 患者同意済み。		
回答	(空欄)		

## 合意事項以外の場合

電話にて照会した内容と回答を記載して FAX 送信する。

<input type="checkbox"/> FAX		覚書に該当する疑義照会	<input checked="" type="checkbox"/> TEL
<覚書に該当する疑義照会> <input type="checkbox"/> 一包化・ヒート化・粉碎指示 <input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 同一成分の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 規格の変更 <input type="checkbox"/> 添付文書上の用法へ変更 <input type="checkbox"/> 外用剤の使用部位・タイミング <input type="checkbox"/> PPI の病名確認 <input type="checkbox"/> 明らかな日数の誤り		<input checked="" type="checkbox"/> 日数の延長 <input type="checkbox"/> 用法・用量・コメントの不備、 <input type="checkbox"/> 処方もれ・処方過多 <input type="checkbox"/> 相互作用・副作用・禁忌・慎重投与 <input type="checkbox"/> 適応病名の確認（PPI 以外） <input type="checkbox"/> 管理料・指導料の報告 <input type="checkbox"/> 保険番号・患者情報 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 有害事象がある <input type="checkbox"/> アドヒアランス不良・服薬困難 <input type="checkbox"/> 特に慎重な投与を要する薬物の使用 <input type="checkbox"/> 処方重複 <input type="checkbox"/> ADME 機能低下による減量・中止 <input type="checkbox"/> 相互作用が懸念される <input type="checkbox"/> 処方意図不明 <input type="checkbox"/> 推奨治療期間を超過 <input type="checkbox"/> 患者からの減薬希望
照会内容	次回受診が〇月〇日のため、処方日数が不足する。 Rp1～Rp3 を 30 日としてよいか。		
回答	Rp1～Rp3 を 28 日から 30 日に変更する。		

以上

初版 2018 年 5 月  
 第 2 版 2021 年 6 月  
 第 3 版 2021 年 10 月  
 第 3.1 版 2022 年 2 月  
 第 4 版 2022 年 5 月