

院外処方箋発行マニュアル（保険薬局向け）

2024年 7月

1. 運用時間

外来患者の処方は、当院で定めた一部の薬剤等を除き、原則として時間外診療も含め、終日院外処方とする。

2. 院外処方箋発行不可となる患者

- (1) 治験に参加している患者
- (2) 院外処方対象外医薬品が処方されている患者
- (3) 介護老人保健施設等他施設入所中の患者

3. 院外処方対象医薬品

当院全採用医薬品、院外処方限定医薬品、後発医薬品に切り替えられた先発医薬品および試用医薬品を対象とし、商品名または一般名で印刷される。手書きによる医薬品の追加および削除、また原則として全て手書きの院外処方箋は無効とする（電子カルテ停止時は手書きで対応）。

4. 院外処方対象外医薬品

- 1) CAPD関連薬剤や在宅管理指導料関係の衛生材料および消毒薬など（表1）
- 2) 検査に使用される医薬品（表1）
- 3) 院内製剤（表1）
- 4) サリドマイド関連薬
- 5) 研究費で処方される医薬品など

表1 検査薬・院内製剤・腹膜透析など院内交付関連医薬品・器材

腹膜透析液	ミッドペリック・エクストラニール など
腹膜透析器材	CAPD ミニキャップキット・ディスコネクトYセット など
院内製剤	チラーヂン坐剤・ポビドンヨードソルトゲル・メトロニダゾールクリーム・ヒドロキノン軟膏・カプサイシン軟膏など
検査薬	大腸検査：ニフレック・モビプレップ・マグコロール・センノシド・ピコスルファート・モサプリド など 脳波検査：トリクロリールシロップ 理学検査：エスクレ坐剤 リンパ球刺激試験（DLST） など
在宅管理療養 指導料関連	インスリン関連注入器、ホルモン剤注入器、自己血糖測定用試験紙、自己血糖測定用穿刺針 在宅管理指導料に含まれる消毒薬、在宅自己導尿指導管理料関連 注）注射針のみの処方院外処方不可にて、針のみ処方する際は院内処方対応

5. 院外処方箋の発行

院外処方箋は各科外来へ出力され、医師はその処方箋の「保険医氏名」欄に押印又は署名、「後発医薬品への変更を不可」を選択した場合には、右下の保険医氏名欄に押印する。押印の無い院外処方箋は無効である。

6. 処方箋の紛失・破損

紛失・破損においては、医務課で再発行の申請を行い、医師が処方箋を発行する。
処方箋料は自費扱いとする。

7. 疑義照会

疑義照会を行う場合には、原則、保険薬局が直接処方医に行う。

日中：薬剤関係：各科外来受付（院外処方箋診療科名下に連絡先記載されています）

保険関係：049-228-3412

夜間：薬剤関係：049-228-3595

保険関係：049-228-3595

後発医薬品等変更連絡先：FAX：049-228-3916

8. 疑義照会の一部簡略化

外来診療における医師と保険薬局薬剤師の業務負担を軽くすることを目的として、当院と合意書（**書式1**）を交わした薬局を対象に、事前に取り決めた事項について院外処方箋調剤時の疑義照会を不要とする運用を2016年3月1日より開始とする。

【合意完了までの手順】

- ①当院に疑義照会簡略化への合意依頼をメールにて行う。（連絡先：chozai@saitama-med.ac.jp）
- ②各施設で合意書（HPよりダウンロード可能）を作成し当院へ2部郵送する。（各施設ごとに原本保管を行うため）
- ③当院到着後、合意書の作成（2部）を完了させる。
- ④当院より1部を郵送にて返却し施設ごとに保管する。

なお、現時点においては原則、川越市内の保険薬局を対象といたします。

【一部簡略化可能な内容】

- ①散剤から錠剤、OD錠から通常錠、通常錠からOD錠などの剤形変更

例：テプレノン細粒10% ⇒ テプレノンカプセル50mg

ミノマイシン錠100mg ⇒ ミノマイシンカプセル100mg

エックスフォージ配合錠 ⇒ エックスフォージ配合OD錠

※必ず患者に説明〔価格、服用方法等〕後、同意を得て変更する。

※用法用量が変わらない場合のみ可。

※安定性、体内動態等を考慮すること。

※外用薬の変更は不可。（軟膏→クリーム等の製剤の変更等は疑義照会を行う）

- ②5mg錠 1回 2錠を 10mg錠 1回 1錠など別規格への変更

例：5mg錠 1回 2錠 ⇒ 10mg錠 1回 1錠

40mg錠 0.5錠 ⇒ 20mg錠 1錠

※患者に（薬効、安定性、価格等）説明、同意のうえ変更する。

- ③外用薬の総量が同じで薬価が高くない場合

（70mg 7枚入り 6袋を 70mg 6枚入り 7袋に変更するなど湿布薬や軟膏の規格変更）

例：セルタッチパップ 70（7枚入り）× 6袋 ⇒ セルタッチパップ 70（6枚入り）× 7袋

アズノール軟膏（20g入り）× 5本 ⇒ アズノール軟膏 100g入り 1本

⇒ アズノール軟膏100gを軟膏壺に小分けする

アズノールうがい液10mL入り 1本 ⇒ アズノールうがい液5mL入り 2本

- ④経過措置による名称の変更に関すること

例：エルカルチン錠 100mg ⇒ エルカルチン FF 錠 100mg

9. 院外処方箋に係る当院への情報提供について

以下の内容について当院への情報提供を行う場合には、**書式2** を利用してください。なお、当院の情報提供書の内容を満たしていれば各施設による形式も可能といたします。

- ・後発医薬品への変更（初回のみ）
- ・残薬確認および分割調剤実施に係る連絡
- ・合意に基づく疑義照会の一部簡略化実施に係る連絡（初回のみ。事前の疑義照会の有無を記載してください。）

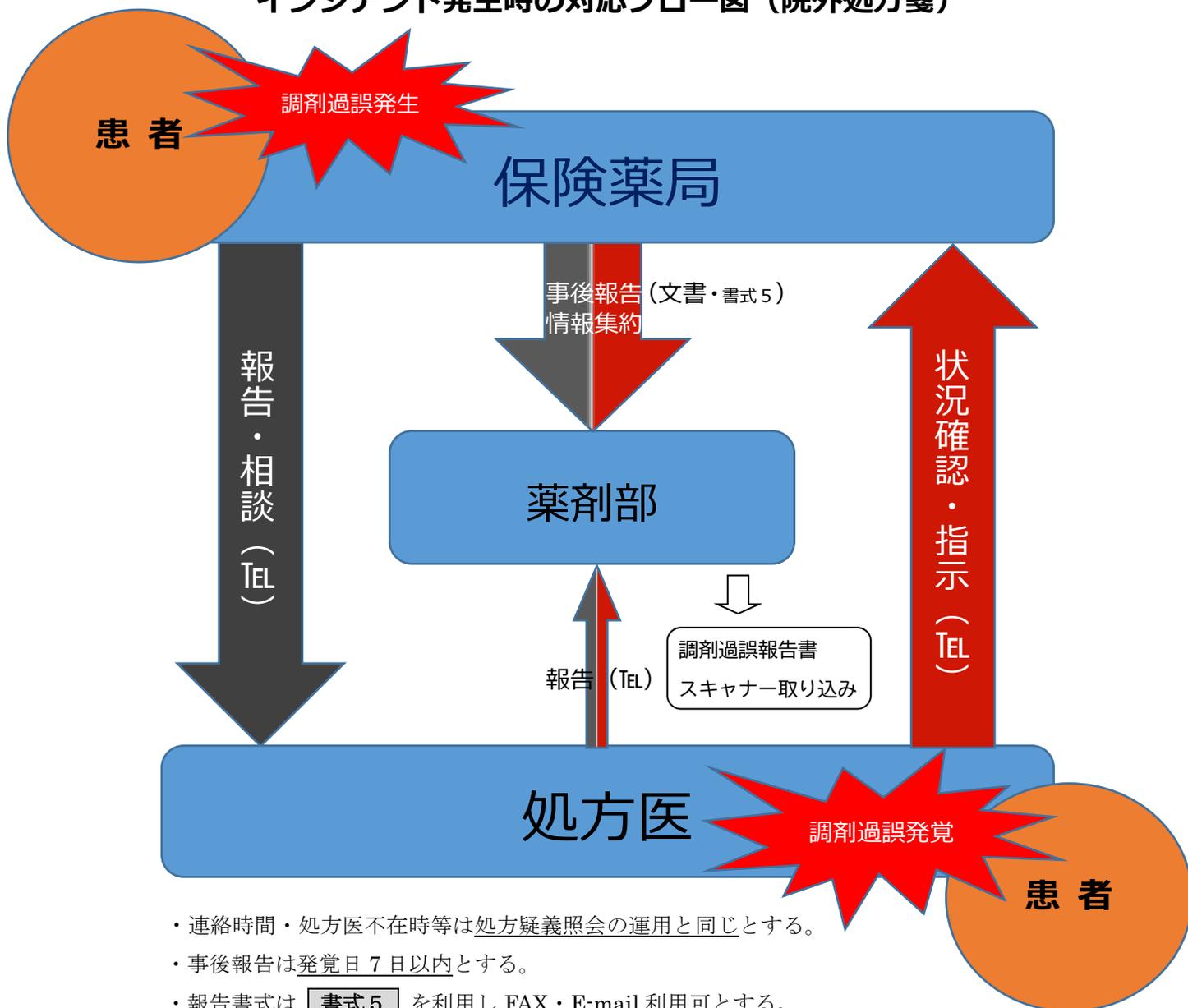
患者から得た情報（アドヒアランス、残薬調整、複数病院受診、OTCや健康食品の服用）など即時性の低い情報を医師へ伝える場合は、「トレーシングレポート」 **書式3** **書式4** を利用してください。

FAX先 (049-228-3916)

10. 調剤過誤発生時の対応

調剤過誤により医師の意図しない薬剤を患者が服用した場合など、重篤な有害事象の発生や、今後の治療に影響を及ぼす可能性がある。このような過誤があった場合は、発覚後すみやかに保険薬局は報告を行い、病院から必要な指示を行うことにより、患者への健康被害を最小限にする。以下に、調剤過誤発生時の対応フローを示す。

インシデント発生時の対応フロー図（院外処方箋）



- ・連絡時間・処方医不在時等は処方疑義照会の運用と同じとする。
- ・事後報告は発覚日7日以内とする。
- ・報告書式は **書式5** を利用し、FAX・E-mail 利用可とする。

提出先 : 薬剤部調剤室 FAX:049-228-3916

FAX 送信先 : 049-228-3916

年 月 日

埼玉医科大学総合医療センター 薬剤部 御中

院外処方箋に係る情報提供書

記

患者氏名 _____

患者登録番号 _____

処方箋発行日 _____

診療科名 _____

処方医師氏名 _____

変更内容・連絡内容

疑義照会一部簡略化の場合事前の疑義照会の有無 (有 ・ 無)

発信者 : 保険薬局名 _____

保険薬剤師氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

書式 3

FAX: 埼玉医科大学総合医療センター薬剤部 049-228-3916

保険薬局⇒薬剤部⇒処方医師

処方医師

科

先生御侍史

報告日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

患者ID:	保険薬局 名称・所在地
患者氏名:	
この情報提供に対する患者の同意の有無 (有・無)	TEL: _____ FAX: _____
処方せんに基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。	担当薬剤師名

処方箋発行日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 服薬情報・症状等	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案
<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに関する提案
<input type="checkbox"/> 分割指示調剤に関する情報(2回目・3回目)	<input type="checkbox"/> その他(検査値等)
所見・指導に関する情報	
薬剤師からの提案事項	

処方医師が確認後、返信を希望される場合には、薬剤部にご返送ください。

返信欄
対応 <input type="checkbox"/> 処方内容を確認いたしました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察いたします。 <input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応いたします。

《注意》

本様式による情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。

書式 4

FAX: 埼玉医科大学総合医療センター薬剤部 049-228-3916

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

処方医師 _____ 科 _____ 先生御侍史 _____

報告日 _____

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

患者ID:	保険薬局 名称・所在地
患者氏名:	
この情報提供に対する患者の同意の有無 (有・無)	TEL: _____ FAX: _____
処方せんに基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。	担当薬剤師名

処方箋発行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	調剤日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 服薬情報・症状等	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案
<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに関する提案
<input type="checkbox"/> 分割指示調剤に関する情報(2回目・3回目)	<input type="checkbox"/> その他(検査値等)
所見	
薬剤師からの提案事項	

《注意》

本様式による情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。

調剤過誤報告書

報告年月日： 年 月 日

埼玉医科大学総合医療センター薬剤部御中

保険薬局名
管理薬剤師名
電話番号

患者ID番号	処方箋発行日	
患者氏名	外来診療科	
調剤過誤の内容		
発見の経緯		
患者の状態		
対応措置の状況		