

# 重 要

令和6年9月27日

保険薬局薬剤師 殿

愛媛大学医学部附属病院薬剤部

薬剤部長 田中 守

## 長期収載品の選定療養制度について

平素は、当院の薬剤業務に対するご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

2024年度診療報酬改定にて、2024年10月より長期収載品（いわゆる先発医薬品）の選定療養制度が開始となります。

これに伴いまして、院外処方箋様式の変更と選定療養制度に関する疑義照会についてお知らせいたします。

【**院外処方箋の主な変更点**】 詳細は、別紙の院外処方箋をご確認ください。

### 【基本】

- 選定療養の対象となる医薬品は、原則として一般名処方となります。  
ただし、**医師が「医療上必要」と判断した場合は、銘柄処方（先発医薬品）とし、処方箋の変更不可欄に「✓」が入ります。**

### 【例外】

以下の2薬品は、銘柄処方（先発医薬品）での処方となります。

**医師が「医療上必要」と判断した場合は、処方箋の変更不可欄に「✓」が入ります。**

- プログラフカプセル: 医療安全の観点（タクロリムス製剤において変更調剤間違いの事例があった為）
- トラクリア: 適応相違があるため

### 【**医療上の必要性の懸念がある疑義照会について**】

- 保険薬局で患者が長期収載品（先発品）を希望される場合、医師からの指示により先発品での調剤が必要なのか患者に確認いただき、医療上の必要性の懸念があれば疑義照会を行ってください。疑義照会は、愛媛県薬剤師会の様式を用いて、疑義照会内容に「患者に確認したところ、医師からの指示により先発品希望」など分かるようご記載ください。

また、保険薬局薬剤師が判断し、剤形上の理由により先発医薬品を調剤した場合は、愛媛県薬剤師会が作成しております「**選定療養費に関わる報告書**」にて報告（FAX）ください。

〈別紙資料〉 全てご確認ください。

1. 院外処方箋（別紙 ①）
2. 処方箋の記載方法による医療上の必要性についての判断等（別紙 ②）

なお、本通知文、別紙資料は当院薬剤部ホームページにも掲載しております。

保険薬局各位のご理解ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

連絡先  
愛媛大学医学部附属病院 薬剤部  
電話 089-960-5738（調剤室）

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

|                                                           |                                                                                                                                                                            |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------|-------------|----|-----------|-------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 公費負担者番号                                                   | 5                                                                                                                                                                          | 2 | 3 | 8 | 8                | 0           | 1  | 4         |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 公費負担医療<br>の受給者番号                                          | 0                                                                                                                                                                          | 1 | 3 | 0 | 4                | 1           | 9  |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 患者ID                                                      | 10000170                                                                                                                                                                   |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 氏名                                                        | 患者1017                                                                                                                                                                     |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 生年月日                                                      | 昭和11年02月27日                                                                                                                                                                |   |   |   | 性別               | 男           |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 年齢                                                        | 88歳 6カ月                                                                                                                                                                    |   |   |   | 保険医氏名            | 医師A 印       |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 区分                                                        | 被扶養者(保険種別:協会)(30%)                                                                                                                                                         |   |   |   | 都道府<br>県番号       | 3           | 8  | 点教表<br>番号 | 1     | 医療機関<br>コード                           | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 7 |  |
| 交付年月日                                                     | 令和06年09月26日                                                                                                                                                                |   |   |   | 処方せんの<br>使用期間    | 令和06年09月29日 |    |           |       | 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 変更<br>不可<br>(医療上<br>必要)                                   | 処方 方 備考                                                                                                                                                                    |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 患者<br>希望                                                  | 個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更<br>に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄<br>に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患<br>者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| レ                                                         | RP01 【肝】トラクリア錠(62.5mg) 1回1錠(1日1錠)<br>【選定療養】①適応相違<br>1日1回(朝)食後 1日分                                                                                                          |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| レ                                                         | RP02 プログラフカプセル(0.5mg) 1回10P(1日20P)<br>【選定療養】③ガイドライン推奨<br>プログラフカプセル1mg 1回10P(1日20P)<br>1日2回(朝、夕)食後 1日分                                                                      |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| レ                                                         | RP03 【腎】ガスターD錠<10mg> 1回1錠(1日2錠)<br>【選定療養】②治療効果、安全性の観点<br>【般】【肝腎】ロキソプロフェンNa錠60 1回1錠(1日2錠)<br>mg<br>1日2回(朝、夕)食後 1日分<br>※次ページに続きます。                                           |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 目次(リフィル可)(一回)                                             |                                                                                                                                                                            |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 保険医署名                                                     | 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した<br>場合は、署名又は記名・押印すること。                                                                                                                                |   |   |   | 医師A              | 印           | 高一 | 身長        | 170cm |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) | □ 1回目調剤日( 年 月 日 ) □ 2回目調剤日( 年 月 日 ) □ 3回目調剤日( 年 月 日 )                                                                                                                      |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 次回調剤予定日( 年 月 日 )                                          | 体重 50Kg                                                                                                                                                                    |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)         | 測定日 2024/06/03                                                                                                                                                             |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| □ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □ 保険医療機関へ情報提供                         | 体表面積 1.569m <sup>2</sup>                                                                                                                                                   |   |   |   |                  |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 麻薬施用者番号                                                   |                                                                                                                                                                            |   |   |   | 患者住所             |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 調剤済年月日                                                    |                                                                                                                                                                            |   |   |   | 公費負担者番号          | 5           | 2  | 3         | 8     | 8                                     | 0 | 1 | 5 |   |   |   |   |  |
| 保険薬局の所在<br>地及び名称                                          |                                                                                                                                                                            |   |   |   | 公費負担医療の<br>受給者番号 | 0           | 1  | 3         | 0     | 4                                     | 2 | 0 |   |   |   |   |   |  |
| 保険薬剤師氏名                                                   |                                                                                                                                                                            |   |   |   | 印                |             |    |           |       |                                       |   |   |   |   |   |   |   |  |

## 処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者1017

「処方せん」の有効期限は

令和06年09月29日です。

- 記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 「処方せん」の再発行はできません。
  - 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要です。

## ★保険薬局薬剤師の方へ

【FAX番号 ①FAXコーナー:089-964-7458 ②薬剤部調剤室:089-960-5733】

Ⅰ 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①へ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ

\*時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。

Ⅱ 後発医薬品の変更時の情報提供について 初回のみ ①へ

\*初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。

\*2回目以降は『お薬手帳』を利用すること。

Ⅲ 処方せん上の略号について

(混)一以上を混合せよ。(粉)一右記の薬品を粉砕化せよ。(包)一以上を1包化せよ。

(全)一交付全量を記載している薬品 ①一1回量もしくは1日量を記載している薬品

(濁)一簡易懸濁法が可能な薬品

検査値。(90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

| WBC | HGB | Plt | INR | AST | ALT | TB | 血清Cr | eGFR | CK | CRP | K | HbA1c | ALB |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|------|------|----|-----|---|-------|-----|
|     |     |     |     |     |     |    |      |      |    |     |   |       |     |

## おくすり伝言板

eGFR値(mL/min/1.73m<sup>2</sup>)は数値に(体表面積÷1.73)を  
掛けた値を用いて利用して下さい。

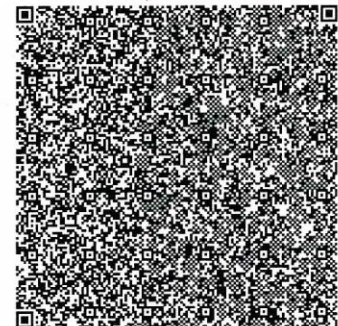
処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第三内科 越智 理香

□フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを  
使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 薬剤師名 連絡先(Tel・Fax)

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

選定療養制度にかかる様式変更に合わせて、  
体重測定日の項目を追加しました。必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
□同意あり □同意なし



必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
☐同意あり    ☐同意なし



## 別紙 ②

### ◆ 処方箋の記載方法による医療上の必要性についての判断等 (当院システムより)

| 処方箋の記載方法                      | 変更不可<br>(医療上必要) | 患者希望  | 保険給付 or 選定療養                                 |
|-------------------------------|-----------------|-------|----------------------------------------------|
| 長期収載品<br>銘柄名処方<br>例：2 mgセルシン錠 | 「✓」あり           |       | 保険対象                                         |
|                               |                 | 「✓」あり | 選定療養<br>薬局で患者が後発医薬品を希望⇒保険給付                  |
|                               | 「✓」なし           |       | 薬局で患者が長期収載品を希望⇒選定療養対象<br>薬局で患者が後発医薬品を希望⇒保険給付 |
|                               | 「✓」あり           | 「✓」あり | システム上想定されない                                  |
| 一般名処方                         | -               |       | 薬局で患者が長期収載品を希望⇒選定療養対象<br>薬局で患者が後発医薬品を希望⇒保険給付 |

### 【医療上の必要性について】

当院では、以下の①～④に該当する場合に**銘柄処方(先発医薬品)**とします。

① 適応相違、②治療効果、安全性の観点、③ガイドライン推奨、④剤形上の理由

### 長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1) 抜粋

令和6年7月12日 通知

#### 【医療上の必要性について】

問1 医療上の必要があると認められるのは、どのような場合が想定されるのか。

(答) 保険医療機関の医師又は歯科医師(以下、医師等)において、次のように判断する場合が想定される。

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合(※)であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。

(※) 効能・効果の差異に関する情報が掲載されているサイトの一例

PMDAの添付文書検索サイト：<https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/>

日本ジェネリック製薬協会が公開する「効能効果、用法用量等に違いのある後発医薬品リスト」：

[https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914\\_effectiveness.pdf](https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914_effectiveness.pdf)

- ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

また、保険薬局の薬剤師においては、

- ①、②及び③に関して、医療上の必要性について懸念することがあれば、医師等に疑義照会することが考えられ、
- また、④に関しては、医師等への疑義照会是要さず、薬剤師が判断することも考えられる。なお、この場合においても、調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。