

若手薬剤師でも見落とせない 処方監査のポイント

株式会社 医学アカデミー YTL

問題①

患者情報、処方箋情報

0歳10か月の女の子

令和7年1月6日（月）に来局。


昨夜から鼻水の症状がひどい。昨夜38.5℃の熱もあったが、現在は37.4℃まで下がっている。シロップは嫌がるため粉薬で出してほしいこと、また保育園に通っていることから1日3回の服用は難しいことは医師に伝え済み。お子さんの体重は10kgであると、お父さんから聞き取ることができた。

処方箋

保険者番号、保険証番号は
合っていることを確認済み

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	8	3	1	2	3	4	5	6	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
公費負担医療の受給者番号	1	1	2	2	3	3	4	4	被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番) 00							

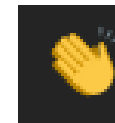
患者	氏名	田中 つむぎ		保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 YTL クリニック		
	生年月日	明大昭平令 6年 3月21日	男・女 女	電話番号	03-3518-8241		
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	佐藤 進 		
		都道府県番号	1 2	点数表番号	1	医療機関コード	1 1 2 2 3 3 3
交付年月日		令和 7年 1月 6日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
処方	変更不可(医療上必要)	患者希望		<p>個々の処方薬について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。</p>			
		<p>Rp.1) 【般】カルボシステイン DS50% 0.4g 【般】セチリジン DS1.25% 0.4g 混合 1日2回 朝・就寝前 7日分</p> <p>Rp.2) 【般】モンテルカスト細粒 4% 1包 1日1回 就寝前 7日分</p> <p>Rp.3) カロナール細粒 20% 0.6g 38.5℃以上の発熱時 5回 以下余白</p>					

0歳10か月の女の子。令和7年1月25日（土）に来局。

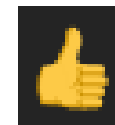
昨夜から鼻水の症状がひどい。昨夜38.5℃の熱もあったが、現在は37.4℃まで下がっている。シロップは嫌がるため粉薬で出してほしいこと、また保育園に通っていることから1日3回の服用は難しいことは医師に伝え済み。お子さんの体重は10kgであると、お父さんから聞き取ることができた。

処方箋																	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																	
公費負担者番号	8	3	1	2	3	4	5	6	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
公費負担医療の受給者番号	1	1	2	2	3	3	4	4	被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							
患者	氏名	田中 つむぎ						保険医療機関の所在地及び名称 東京都千代田区神田錦町 3-18-3 YTL クリニック									
	生年月日	明大昭平令 6年 3月21日	男・女	電話番号 03-3518-8241				保険医氏名 佐藤 進									
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3	3	
交付年月日	令和 7年 1月 6日						処方箋の使用期間	令和 年 月 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。				
処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。														
	Rp.1) 【般】カルボシステイン DS50% 0.4g 【般】セチリジン DS1.25% 0.4g 混合 1日2回 朝・就寝前 7日分 Rp.2) 【般】モンテルカスト細粒 4% 1包 1日1回 就寝前 7日分 Rp.3) カロナール細粒 20% 0.6g 38.5℃以上の発熱時 5回 以下余白 リフィル可 □ (回)																

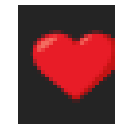
①カルボシステインの用量がおかしい



②年齢に対して不適切な薬が処方されている



③モンテルカストの用法がおかしい



④処方箋に記載不備がある



解説1-1

セチリジン

6. 用法及び用量〔成人〕

〔小児〕 通常、**2歳以上7歳未満の小児には1回0.2g（セチリジン塩酸塩として2.5mg）**を1日2回、朝食後及び就寝前に用時溶解して経口投与する。通常、**7歳以上15歳未満の小児には1回0.4g（セチリジン塩酸塩として5mg）**を1日2回、朝食後及び就寝前に用時溶解して経口投与する。

9.7 小児等

低出生体重児、新生児、乳児又は2歳未満の幼児を対象とした臨床試験は実施していない。

解説1-2

1歳未満に使えるヒスタミンブロッカー薬は？

- ・ エピナスチン
- ・ オロパタジン
- ・ クレマスチン
- ・ クロルフェニラミン
- ・ ケトチフェン
- ・ シプロヘプタジン
- ・ セチリジン
- ・ メキタジン
- ・ レボセチリジン
- ・ ロラタジン

解説1-2

1歳未満に使えるヒスタミンブロッカー薬は？

- ・ エピナスチン
- ・ オロパタジン
- ・ クレマスチン
- ・ クロルフェニラミン
- ・ ケトチフェン
- ・ シプロヘプタジン
- ・ セチリジン
- ・ メキタジン
- ・ レボセチリジン
- ・ ロラタジン

赤文字：用法に年齢に関する記載なし

青文字：6か月以上から用法の記載あり

解説 1-3

添付文書の用法への年齢に関する記載	医薬品名
記載なし	エピナスチン ケトチフェン メキタジン クレマスチン クロルフェニラミン シプロヘプタジン
6か月以上～	レボセチリジン
2歳以上～	オロパタジン セチリジン
3歳以上～	ロラタジン

【用法】

通常小児1回●mg/kgを
1日◆回経口投与する。

【用法】

●歳以上 ●歳未満の小児には
1回■mg を1日◆回、経口投与する。

解説1-4

注意点

医師の判断で使用するケースはある



疑義照会では断定的な表現は避ける

避けるべき表現

- ・ ●●は使えません
- ・ ◆◆なら大丈夫です

使いやすい表現

- ・ 念のための確認ですが、
- ・ 添付文書上は●●になっているのですが、

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	8	3	1	2	3	4	5	6	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
公費負担医療の受給者番号	1	1	2	2	3	3	4	4	被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							

患者	氏名	田中 つむぎ		保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 YTL クリニック		
	生年月日	明大昭平令 6年 3月21日	男・女	電話番号	03-3518-8241		
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	佐藤 進		



都道府県番号	1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3	3
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

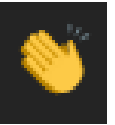
交付年月日	令和 7年 1月 6日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	-------------	----------	----------	--

処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	<p>個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。</p>

- Rp.1) 【般】カルボシステイン DS50% 0.4g
【般】セチリジン DS1.25% 0.4g
混合 1日2回 朝・就寝前 7日分
- Rp.2) 【般】モンテルカスト細粒 4% 1包
1日1回 就寝前 7日分**
- Rp.3) カロチール細粒 20% 0.6g
38.5℃以上の発熱時 5回
以下余白

このモンテルカストはなぜ不適切なのでしょうか

①モンテルカストを0歳児に使用する場合はシロップを使うのが適切である



②モンテルカストは1日2回で使う薬である



③モンテルカストは就寝前ではなく、朝食後に使う薬である



④モンテルカストは1歳未満のこどもには使用できない薬である



解説 1-5

6. 用法及び用量

通常、**1歳以上6歳未満の小児**にはモンテルカストとして4mg（本剤1包）を1日1回就寝前に経口投与する。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 体重、年齢、症状等による用量調節をせず、全量を服用すること。

7.2 6歳以上の小児に対しては、モンテルカストチュアブル錠5mgを1日1回就寝前に投与すること。

解説1-6

0歳10か月の女の子。令和7年1月25日（土）に来局。

昨夜から鼻水の症状がひどい。昨夜38.5℃の熱もあったが、現在は37.4℃まで下がっている。シロップは嫌がるため粉薬で出してほしいこと、また保育園に通っていることから1日3回の服用は難しいことは医師に伝え済み。お子さんの体重は10kgであると、お父さんから聞き取ることができた。

そもそもなぜモンテルカストが処方されている？

解説1-7

モンテルカスト細粒4mgの適応は？

気管支喘息

【モンテルカストの剤形と適応】

剤形	適応
細粒（4mg）	気管支喘息
錠（5mg、10mg） OD錠（10mg）	気管支喘息 アレルギー性鼻炎
チュアブル錠（5mg）	気管支喘息

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	8	3	1	2	3	4	5	6	保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
公費負担医療の受給者番号	1	1	2	2	3	3	4	4	被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							

患者	氏名	田中 つむぎ		保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 YTL クリニック		
	生年月日	明大昭平令 6年 3月21日	男・女 男	電話番号	03-3518-8241		
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	佐藤 進		
交付年月日		令和 7年 1月 6日		処方箋の使用期間	令和 年 月 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。			

都道府県番号	1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3	3
--------	---	---	-------	---	---------	---	---	---	---	---	---	---

処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	<p>個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。</p> <p>Rp.1) 【般】カルボシステイン DS50% 0.4g 【般】セチリジン DS1.25% 0.4g 混合 1日2回 朝・就寝前 7日分</p> <p>Rp.2) 【般】モンテルカスト細粒 4% 1包 1日1回 就寝前 7日分</p> <p>Rp.3) カロナール細粒 20% 0.6g 38.5℃以上の発熱時 5回</p> <p>以下余白</p>



この処方箋はどうすればいい？

解説1-8

オノンドライシロップ10%

4. 効能又は効果

○気管支喘息

○アレルギー性鼻炎

6. 用法及び用量

通常、小児にはプラナルカスト水和物として1日量7mg/kgを朝食後および夕食後の2回に分け、用時懸濁して経口投与する。

	プラナルカストDS	モンテルカスト細粒
1歳未満の使用	○	×
アレルギー性鼻炎の適応	○	×

モンテルカストのメリットは？

まとめ1

- **小児の監査は用量・用法のチェックを入念にするように
しましょう**
- **小児の監査では、適切な剤形で処方されているかを確認
しましょう**
- **小児の監査では、体重と年齢をしっかりと確認しましょう**

問題②

患者情報、処方箋情報

70代 男性

令和7年7月31日（水）に来局。

年月日	おくすり (名称、用法、用量、効能、効果、注意事項など)
2025年7月20日	<p>田中学 様 処方日：2025年7月20日 医療機関名：YTL クリニック 保険医氏名：鈴木高志</p> <hr/> <p>1) ワーファリン錠 1mg ノルバスク錠 5mg 1日1回 朝食後 70日分</p> <p>2) リピトール錠 10mg 1日1回 夕食後 70日分</p> <p>3) カルベジロール錠「YTL」10mg メトホルミン塩酸塩錠 250mg 1日2回 朝夕食後 70日分</p> <p style="text-align: right;">YTL 薬局 (03-0000-0000)</p>

保険者番号、保険証番号は
合っていることを確認済み

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0	1	1	1	2	2	3	3
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							

患者	氏名	田中学		保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 ためとこクリニック											
	生年月日	明 大 昭 示 令	23年12月18日	性別	男	女	電話番号	03-3518-8241								
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	佐藤 進											
				都道府県番号	1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3	3

交付年月日	令和 7 年 7 月 31 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 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。
-------	-----------------	----------	----------	--

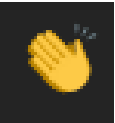



処方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	<p>個々の処方薬について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。</p> <p>Rp.1) フロリドゲル経口用 2% 10g 1日2回 口腔内に塗布</p> <p>Rp.2) ヒルドイドソフト軟膏 0.3% 25g 1日2回 乾燥部に薄く塗布</p> <p>Rp.3) ニゾラルクリーム 2% 10g 1日1回 夜、患部に塗布</p> <p style="text-align: right;">以下余白</p>

70代 男性

令和7年7月31日（水）に来局。

処方箋			
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)			
公費負担者番号		保険者番号	0 1 1 1 2 2 3 3
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00
患者	氏名	田中学	
	生年月日	23年12月18日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
交付年月日		令和 7年 7月 31日	処方箋の使用期間
患者希望		個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。	
処方		Rp.1) フロリードゲル経口用 2% 10g 1日2回 口腔内に塗布	
		Rp.2) ニゾラールクリーム 2% 10g 1日2回 乾燥部に薄く塗布	
		Rp.3) ニゾラールクリーム 2% 10g 1日1回 夜、患部に塗布	
		以下余白	

年月日	おくすり(名称、用法、用量、効能、効果、注意事項など)
	田中学 様 処方日: 2025年7月20日 医療機関名: YTLクリニック 保険医氏名: 鈴木高志
	1) ワーファリン錠 1mg 1日1回 朝食後 70日分
	2) リピトール錠 10mg 1日1回 夕食後 70日分
	3) カルベジロール錠「YTL」10mg メトホルミン塩酸塩錠 250mg 1日2回 朝夕食後 70日分
	YTL 薬局 (03-0000-0000)

- ① 併用禁忌の組み合わせがある 
- ② 処方箋の記載方法に誤りがある 
- ③ 生活習慣病の患者に使えない外用薬がある 
- ④ ニゾラールクリームは1日2回で使う薬である 

解説2-1

フロリードゲル

禁忌

2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

2.2 **ワルファリンカリウム**、ピモジド、キニジン硫酸塩水和物、トリアゾラム、シンバスタチン、アゼルニジピン、オルメサルタンメドキシミル・アゼルニジピン、ニソルジピン、ブロナンセリン、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、リバーロキサバン、アスナプレビル、ロミタピドメシ 酸塩、ルラシドン塩酸塩を投与中の患者

2.3 **妊婦又は妊娠している可能性のある女性**

解説2-2

薬局でよく出る薬

特に覚えておきたい！

ワルファリン（ワーファリン）
トリアゾラム（ハルシオン）
リバーロキサバン（イグザレルト）
アゼルニジピン（カルブロック）

可能なら覚えておきたい！

シンバスタチン（リポバス）
ルラシドン（ラツード）
ピモジド（オーラップ）

解説2-3

風呂リードされたら、

ワルが鳥皮食ってて焦る

ワルファリン トリアゾラム

皮⇒川

リバー (川) ロキサバン

アゼルニジピン

解説2-4

ワーファリン

禁忌

2.1 出血している患者（血小板減少性紫斑病、血管障害による出血傾向、血友病その他の血液凝固障害、月経期間中、手術時、消化管潰瘍、尿路出血、喀血、流早産・分娩直後等性器出血を伴う妊産褥婦、頭蓋内出血の疑いのある患者等）〔本剤を投与するとその作用機序より出血を助長することがあり、ときには致命的になることもある。〕

2.2 出血する可能性のある患者（内臓腫瘍、消化管の憩室炎、大腸炎、亜急性細菌性心内膜炎、重症高血圧症、重症糖尿病の患者等）〔出血している患者同様に血管や内臓等の障害箇所に出血が起こることがある。〕

2.3 重篤な腎障害のある患者

2.4 重篤な肝障害のある患者

2.5 中枢神経系の手術又は外傷後日の浅い患者〔出血を助長することがあり、ときには致命的になることもある。〕

2.6 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

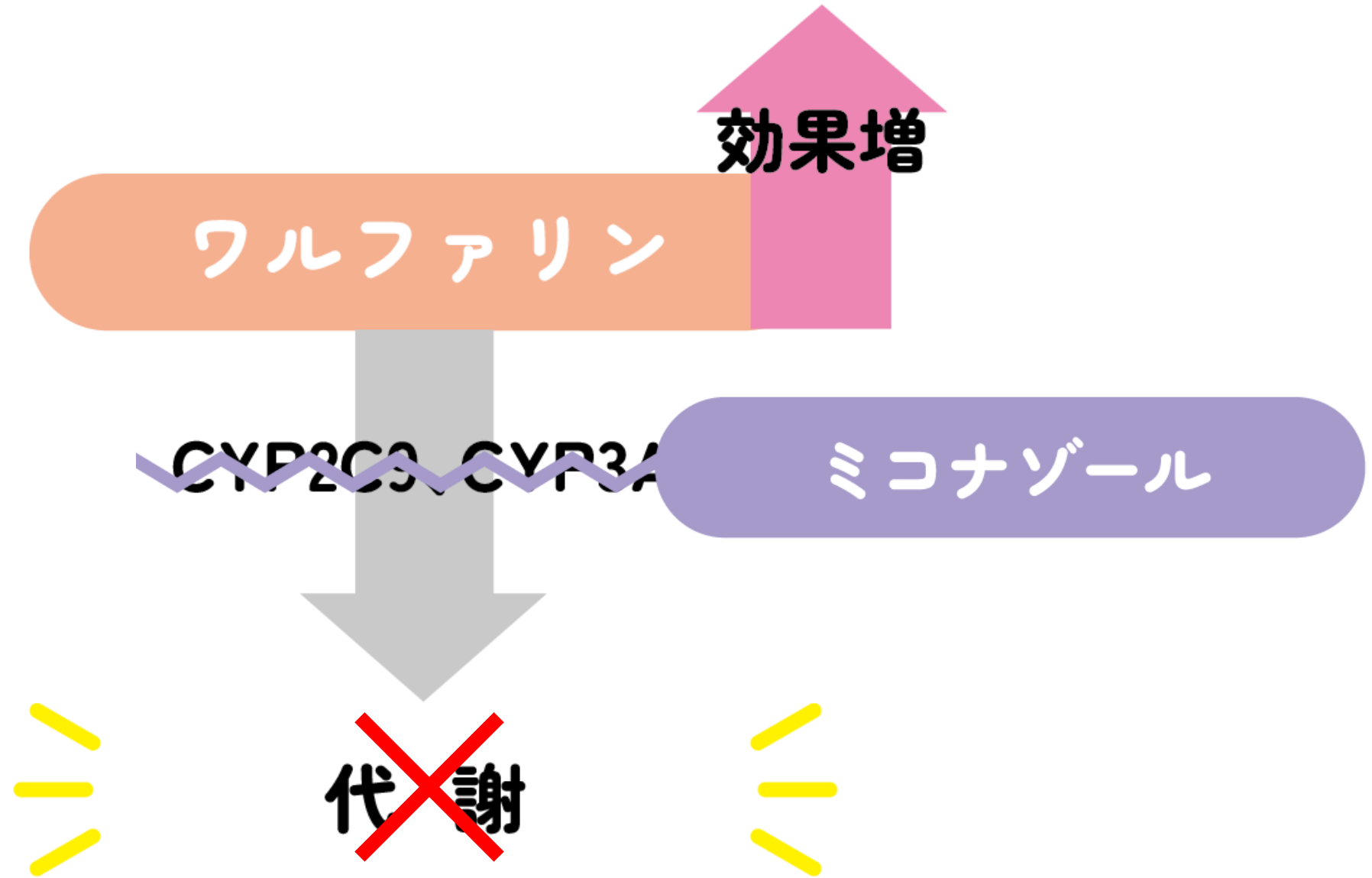
2.7 妊婦又は妊娠している可能性のある女性

2.8 骨粗鬆症治療用ビタミンK2（メナテトレノン）製剤を投与中の患者

2.9 イグラチモドを投与中の患者

2.10 ミコナゾール（ゲル剤・注射剤・錠剤）を投与中の患者

解説2-5



解説2-6

保険者番号、保険証番号は
合っていることを確認済み

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0	1	1	1	2	2	3	3	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00								

保険医療機関の
及び名称 東京都千代田区神田錦町 3-18-3
ためとこクリニック

番号 03-3518-8241

氏名 佐藤 進



1 2 点数表 1 医療機関 1 1 2 2 3 3 3
番号 コード

箋の
期間

令和 年 月 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。

の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「✓」または「×」を記載すること。

Rp.1) フロリードゲル経口用 2% 10g
1日2回 口腔内に塗布

Rp.2) ヒルドイドソフト軟膏 0.3% 25g
1日2回 乾燥部に薄く塗布

Rp.3) ニゾラールクリーム 2% 10g
1日1回 夜、患部に塗布

以下余白

フロリードゲル

一般名：ミコナゾール

適応：口腔カンジダ症、食道カンジダ症

①併用禁忌の組み合わせがある

②処方箋の記載方法に誤りがある

③生活習慣病の患者に使えない
外用薬がある

④ニゾラールクリームは1日
2回で使う薬である

解説2-7

フロリードゲル

用法用量

〈口腔カンジダ症〉

通常、成人にはミコナゾールとして1日200～400mg（ミコナゾールゲル10～20g）を4回（毎食後および就寝前）に分け、口腔内にまんべんなく塗布する。なお、病巣が広範囲に存在する場合には、口腔内にできるだけ長く含んだ後、嚥下する。

〈食道カンジダ症〉

通常、成人にはミコナゾールとして1日200～400mg（ミコナゾールゲル10～20g）を4回（毎食後および就寝前）に分け、口腔内に含んだ後、少量ずつ嚥下する。

解説2-8

保険者番号、保険証番号は
合っていることを確認済み

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0	1	1	1	2	2	3	3
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							

保険医療機関の
及び名称 東京都千代田区神田錦町 3-18-3
ためとこクリニック

番号 03-3518-8241

氏名 佐藤 進



12 点数表 1 医療機関 1 1 2 2 3 3 3
番号 コード

箋の
期 間 令和 年 月 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。

正しい処方
Rp.1) フロリードゲル経口用2% 40g
1日4回 毎食後、就寝前 14日分

処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	<p>個々の処方箋において、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が認められると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。</p> <p>Rp.1) フロリードゲル経口用2% 10g 1日2回 口腔内に塗布</p> <p>Rp.2) ヒルドイドソフト軟膏 0.3% 25g 1日2回 乾燥部に薄く塗布</p> <p>Rp.3) ニゾラールクリーム 2% 10g 1日1回 夜、患部に塗布</p> <p>以下余白</p>

まとめ2

- **ワーファリン、フロリードゲルが処方された際には禁忌に注意しましょう**
- **フロリードゲルは見た目外用薬ですが、入力は内用薬なので注意しましょう**
- **禁忌処方 は新人薬剤師であろうと、必ず止めましょう**

問題③

患者情報、処方箋情報



50代 女性

令和8年5月12日（火）に来局。

薬局には初めて来局し、持病は特にないが
高血圧気味であることは聞き取り済み。

処方箋

保険者番号、保険証番号は
合っていることを確認済み

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0	1	1	1	2	2	3	3
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番)00							

患者	氏名	田中 花子		保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 ためとこクリニック								
	生年月日	明 昭 令 43年12月18日	男・女	電話番号	03-3518-8241								
	区分	被 [○] 保険者	被扶養者	保険医氏名	佐藤 進								
交付年月日		令和 8 年 5 月 12 日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日								
都道府県番号		1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3	3



処方	変更不可(医療上必要)	患者希望	<p>個々の処方薬について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「✓」または「×」を記載すること。</p> <p>Rp.1) メトトレキサート錠 2mg 3錠 1日2回 朝夕食後 (2-1) 14日分</p> <p>Rp.2) セレコキシブ錠 100mg 2錠 1日2回 朝夕食後 14日分</p> <p>Rp.3) フォリアミン錠 5mg 1錠 1日1回 朝食後 14日分</p> <p>以下余白</p>

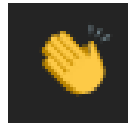
50代 女性

令和8年5月12日（火）に来局。

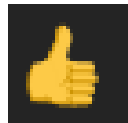
薬局には初めて来局し、持病は特にはないが
高血圧気味であることは聞き取り済み。

処方箋	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担者番号	保険者番号 0 1 1 1 2 2 3 3
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・非保険者手帳の記号・番号 112233・445 (枝番) 00
患者氏名	田中 花子
生年月日	43年12月18日 男・女
区分	被保険者 被扶養者
交付年月日	令和 8 年 5 月 12 日
処方期間	令和 年 月 日
患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先ず記載すること。
処方	Rp.1) メトトレキサート錠 2mg 3錠 1日2回 朝夕食後 (2-1) 14日分 Rp.2) セレコキシブ錠 200mg 2錠 1日2回 朝夕食後 14日分 Rp.3) フォリアミン錠 5mg 1錠 1日1回 朝食後 14日分 以下示す リファイル可 □ (回)

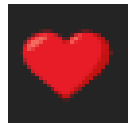
①高血圧の人に禁忌の薬が処方されている



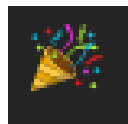
②メトトレキサートは1回1錠が基本である



③処方されている日数が不適切である



④セレコキシブ錠は200mgが適切である



解説①

メトトレキサート 用法及び用量


〈関節リウマチ、局所療法で効果不十分な尋常性乾癬、乾癬性関節炎、
膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症〉

通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6mgとし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減するが、1週間単位の投与量として16mgを超えないようにする。

解説②

1週間に2回飲む場合




1日目朝・夕食後（2～7日目→休薬）

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
メトトレキサート	朝 夕 	飲まない					
葉酸		● もしくは ●					

解説③

1週間に3回飲む場合

1日目朝・夕食後、2日目朝食後（2日目夕食後から7日目休薬）

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
メトトレキサート	朝  夕 	朝 	飲まない				
葉酸			● もしくは ●				

解説④


- 葉酸（フォリアミン）を併用する理由

メトトレキサートは葉酸の働きを阻害することにより効果が出ます。そのため、副作用の中には例えば、**口内炎、吐き気、下痢、肝機能の異常**など、葉酸の働きが阻害された影響により生じるものがあるため、**副作用対策**として服用します。

- 1週間休薬する理由

休薬期間中にメトトレキサートを誤って投与（過剰投与）したことで、**骨髄抑制等の副作用を来した事例がある**からです。

解説⑤

処方箋 保険者番号、保険証番号は 合っていることを確認済み															
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号						保険者番号	0	1	1	1	2	2	3	3	
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・非保険者手帳の記号・番号	112233・445 (枝番) 00								
患者	氏名	田中 花子				保険医療機関の所在地及び名称	東京都千代田区神田錦町 3-18-3 ためとこクリニック								
	生年月日	<small>明 大 昭 令</small> <input checked="" type="radio"/>	43年12月18日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	電話番号	03-3518-8241									
	区分	被 <input checked="" type="radio"/> 保険者	被扶養者		保険医氏名	佐藤 進									
				都道府県番号	1	2	点数表番号	1	医療機関コード	1	1	2	2	3	3
交付年月日		令和 8 年 5 月 12 日				処方箋の使用期間	令和 年 月 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。				
処方	変更不可(医療上必要)	患者希望				個々の処方箋について、医療上の必要があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「√」または「×」を記載すること。									
		Rp.1) メトトレキサート錠 2mg 3錠 1日2回 朝夕食後 (2-1) 14日分 2日分 Rp.2) セレコキシブ錠 100mg 2錠 1日2回 朝夕食後 14日分 Rp.3) フォリアミン錠 5mg 1錠 1日1回 朝食後 14日分 2日分 以下余白 リズニル可 口 (一回)													

解説⑥

メトトレキサート処方その他の注意点

- 副作用の発現の可能性について患者に十分理解させ、**発熱、咳嗽・呼吸困難等の呼吸器症状、口内炎、倦怠感**など症状が認められた場合には直ちに連絡するよう注意を与えること
- **慢性肝疾患のある患者、腎障害のある患者、妊婦、授乳婦には禁忌**
- 食道に停留し、崩壊すると食道潰瘍を起こすおそれがあるので、**多めの水で服用させ、特に就寝直前の服用は避けさせること**

解説⑦

メトトレキサートの処方入力

処方箋内容

Rp1 メトトレキサート錠2mg 2錠
1日2回 朝夕食後（月曜日） 2日分

Rp2 メトトレキサート錠2mg 1錠
1日1回 朝食後（火曜日） 2日分

【注意点】

入力時に2剤で入力されて
しまうことある



薬剤調製料を多く算定しまう
可能性がある！

まとめ3

- **メトトレキサートとフォリアミンは投与日を薬局でもしっかり把握しておきましょう**
- **メトトレキサートは副作用が出やすい薬です。フォローアップも視野に入れて対応しましょう。**
- **メトトレキサートの入力監査には注意しましょう**

監査上達法

- **先輩が疑義照会した際には、時間のある時に照会内容を教えてもらう。**
- **さまざまな店舗に応援に行き、多種多様の処方箋に触れる**
- **時間のある時に添付文書を読む癖をつける**

Take Home Message

- 薬剤師の監査業務は、1%の間違い探し
 - ↳1%で健康被害や重篤被害につながる可能性もある
- 処方監査にベテランも新人も関係ない
 - ↳患者にとっては同じ薬剤師。健康被害はあってはならない
- ミスをしないために、とにかく時間をかければ良いというわけではない
 - ↳薬局業務はサービス業。安全もサービスの質も大事

経験と継続的な学習が必須