

院外処方箋における疑義照会事前同意プロトコール

高崎総合医療センター

《処方変更に係る原則》

- ・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。
- ・「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」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遵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(適正な服用・使用方法、安定性、価格等)を行い、同意を得た上で変更する。
- ・麻薬及び抗悪性腫瘍薬、抗てんかん薬、睡眠導入薬以外の向精神薬は本プロトコールの対象外とする。

1. 処方変更の連絡について

処方変更し調剤を行った場合は、変更内容を記入した処方箋を下記の FAX 番号に送信してください。

残薬調整の場合は処方箋とともに報告書(詳細のわかるもの)の FAX が必要です。

後発品への変更調剤は連絡不要です。

添付文書記載用法と相違ある場合、高用量(倍量等)の場合は、疑義照会が必要です。

FAX 番号 027-327-1826

2. 疑義照会の不要例

(ア) 成分名が同一の銘柄変更(先発医薬品含む)

例:ボナロン錠 35mg → フォサマック錠 35mg

(イ) 剤形の変更

例:アムロジピン錠 5mg → アムロジピン OD 錠 5mg

カルボシステイン錠 500 mg 1 錠(粉碎) → カルボシステイン DS50% 1g

ミヤ BM 錠 2 錠 → ミヤ BM 細粒 1g

パップ剤 ⇄ テープ剤(患者希望 同一銘柄 に限る)

※ 添付文書に記載されている 同一用法・部位・回数 の範囲内に限る。

※ 用法・用量が変わらない場合のみ可(体内動態等も考慮すること)。

※ 軟膏・クリーム・ローション等その他の外用剤における剤形変更は不可。患者希望の場合疑義照会が必要

(ウ) 規格変更

例:5mg錠 1回2錠 → 10mg錠 1回1錠

40mg錠 1回0.5錠 → 20mg錠 1回1錠

ロコイド軟膏 0.1%(5g)2本 → ロコイド軟膏 0.1%(10g)1本

※ 用法用量が変わらない場合のみ。

※ 適応症が変わる場合、疑義照会が必要。

(エ) 半割や粉砕、混合に関する製剤変更

例:ワーファリン錠 1mg 2.5錠(粉砕)

→ ワーファリン顆粒 0.2%

→ ワーファリン錠 1mg 2錠 +ワーファリン錠 0.5mg 1錠

(オ) 配合剤と単剤組み合わせに関する変更

例:ミカムロ配合錠 AP 1錠 ⇔ミカルディス錠 40mg 1錠 +アムロジピン OD錠 5mg 1錠

(処方箋と報告書のFAXが必要です)

(カ) 外用剤の用法変更・追記(口頭指示が明確な場合)

例:モーラステープ 20mg(7枚/P) 1包 1日1枚 7日分相当

→ 1日1枚 7日分相当「腰」

※ 適用回数、適用部位は添付文書に記載されている回数、部位の範囲内で行う。

(キ) 処方日数の適正化

「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(処方間違いが明確な場合)

例:(他の処方薬が30日処方の時)

バクタ配合錠 1錠 分1 朝食後 1日おき 30日分 → 15日分

※適応によっては用法が複数あるものがあるので十分確認すること。

例:ベネット錠 17.5 mg 骨ページェット病では8週間連日経口投与

(ク) 添付文書上、用法が明らかに定められている薬に対して適正な用法への変更

例:アレンドロン酸錠 35 mg 1日1回 食後 もしくは空腹時 → 1週間に1回 朝起床時

例:漢方薬の用法は「食前もしくは食間」。「食後」の用法は疑義照会が必要です。

(「食後」の記載に続き「コンプライアンス向上」の記載ある場合、従来から医師了解のもとでの「食後」投与は
疑義照会済としてFAXして下さい。初めての来局時、手帳等で確認できなかった場合は疑義照会が必要)

(ケ) 経腸栄養剤の患者希望によるフレーバー変更。

例:ラコール NF 配合経腸用液 200mL(ミルク) → (コーヒー)

(コ) 経過措置などによる一般名への変更による名称変更

例:マグラックス錠 330mg → 酸化マグネシウム錠 330mg

(サ) 残薬調整、または次回来院までの処方日数調整

※ 剤数が変わるような変更は不可とする

※ 著しくアドヒアランスが不良な場合など事後連絡では治療上問題がある場合は、疑義照会してください。

(シ) 一包化(「一包化不可」とある場合は除く)

※ 患者(家族)希望。アドヒアランス不良が一包化により改善されると判断できる場合で、かつ、患者(家族)が加算の発生を同意した場合

※ 患者希望により一包化を外すことも可。

※ サービス一包化は加算対象外

(ス) 睡眠導入薬について

睡眠導入薬の長期投与(31日以上)及び用量を超える処方は未承認なので問い合わせし、期間の短縮や用量の適正化が必要です。疑義照会は必須です。

(添付文書に1日用量が定められている睡眠導入薬は、頓用分を含み1日用量を越えない)

(高齢者等用量の上限が定められている睡眠導入薬は、用量を順守し、頓用分を含み1日用量を越えない)

3. 外来服薬支援料の算定に関わる問い合わせについて

当院処方に関して、服薬支援を目的とした処方医へ了承を得るための問い合わせは受けません。重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に照会が必要と判断した場合は、疑義照会を行う。

4. 疑義照会に該当しないもの

処方せんの有効期限切れに関しては再発行となるので、患者さんへ再受診の説明を行うと共に、発行病院へ再受診の旨を連絡する。

(処方せん交付日から4日以内に持参するよう指導すること)

2021年12月16日

高崎市薬剤師会合意 施行