

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール

JA 北海道厚生連倶知安厚生病院

(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(服用方法、安定性、価格等)を行い、同意を得た上で変更する。

I. 処方変更・調剤後の連絡

疑義照会により処方内容を変更し調剤した場合は、変更内容を記入した処方箋と服薬情報提供書(トレーシングレポート)を下記の FAX 番号に送信してください。(「JA 北海道厚生連倶知安厚生病院の院外処方箋における疑義照会の流れ」参照)

ただし、一般名処方に基づいて調剤した場合、変更調剤については本プロトコールの合意締結した保険調剤薬局からの連絡は不要とします。ただし、「お薬手帳」や「お薬説明書」での情報提供を徹底してください。

FAX 先:JA 北海道厚生連倶知安厚生病院 医事課 0136-21-4388

II. 疑義照会不要例(ただし、麻薬に関するものは除く)

留意点

- ①. 変更調剤については、厚生労働省からの疑義解釈資料並びに通知・事務連絡、日本薬剤師会の調剤報酬改定等に関するQ&A、日本医師会の診療報酬改定『Q&A』等を遵守すること。
- ②. 患者に対して調剤する薬剤を変更することを説明の上、同意を得ること。
- ③. 変更調剤後の薬剤料が変更前のものを超える場合であっても、患者に対してその旨を説明の上、同意を得ることで、当該変更調剤を行うことができる。

1. 剤形の変更。

例: アムロジピンOD錠 2.5mg → アムロジピン錠 2.5mg
ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠

- ※類似する別剤形以外の医薬品への変更も可。
- ※先発医薬品の銘柄処方において、別銘柄の先発医薬品に変更可。
- ※先発医薬品の銘柄処方や一般名処方において、別剤形(類似する別剤形以外の医薬品を含む)の先発医薬品に変更可。
- ※安定性、溶解性、体内動態等を考慮すること。

2. 別規格製剤がある場合の処方規格変更。

例: 5mg 1回2錠 → 10mg 1回1錠
20mg 1回0.5錠 → 10mg 1回1錠

※先発医薬品の銘柄処方や一般名処方において、別規格の先発医薬品に変更可。

3. 処方薬剤を服薬状況等の理由により、一包化調剤すること(抗悪性腫瘍剤及びコメントに「一包化不可」とある場合は除く)。

※患者希望あるいはアドヒアランス不良が改善されると判断できる場合に限る。

※他病院の薬を当院の薬と一包化することは不可。

※一包化不可コメントがある処方はその指示に従って下さい。

4. ビスホスホネート製剤等の週1回、月1回製剤が、連日投与の他の処方薬と同一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14日分処方するとき)

フォサマック錠 35mg(週1回製剤)1錠 1×起床時 14日分→2日分

5. 「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)

ダイフェン配合錠 1錠 1×朝食後 1日おき 30日分→15日分

6. ビスホスホネート製剤(内用薬)の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更。

例:フォサマック錠 35 mg(週1回製剤)1錠分 1 朝食後→起床時

7. 残薬調整に関する疑義照会不要例。(ただし、抗悪性腫瘍剤、麻薬に関するものは除く)薬歴上、継続処方されている処方薬に残薬があるため投与日数を調整(短縮)して調剤すること(外用剤の本数の変更も含む)。ただし、処方日数や処方数量をゼロに変更(処方の削除)することは認めない。

なお、明らかなコンプライアンス不良により大量の残薬がある場合は、服薬情報提供書(トレーシングレポート)でコンプライアンス不良の原因(例:副作用が不安、必要性を理解していないなど)を報告すること。

例: クロピドグレル錠 75mg 30 日分 → 27 日分(3 日分残薬があるため)
ルリコンクリーム 1% 3 本 → 2 本(1 本残薬があるため)

8. 患者希望での消炎鎮痛貼付剤における、パップ剤→テープ剤、テープ剤→パップ剤への変更。(成分が同じものに限る。枚数も同じとする)

例:ロキソプロフェン Na パップ 100mg → ロキソプロフェン Na テープ 100mg

9. 薬歴等で乳酸菌製剤が継続使用されていることが確認できる場合において、抗菌薬が併用されていない場合のビオフェルミン R からビオフェルミンへの変更、またはその逆の変更。(抗菌薬併用期間のみビオフェルミン R に変更する場合には、ビオフェルミンとの合計日数は元のビオフェルミンの処方日数を超えないこと)

10. 頓服の用法が空白又は記載に明らかな間違いがある場合、添付文書に記載のある用法への変更。但し、特殊な使用方法を医師より指示されている場合があるため、患者や家族に必ず確認すること

例:センノシド錠 12mg 1 回 1 錠 発熱時 → 便秘時

11. 医師の了解のもとで処方されている下記の用法

※ただし、アドヒアランス向上のため、あえて違う用法に変更していないか、患者や家族、お薬手帳等での確認は必ず行うこと。

・EPA 製剤、EPA・DHA 製剤の「食後」・「食前」の服用用法。

・ARB、Ca 拮抗薬等降圧剤の 1 日 2 回投与。

・漢方薬、メトクロプラミド、ドンペリドン、エパルレスタットの「食後」投与。

例:大建中湯 7.5g 3× 毎食後

・抗うつ薬、抗精神病薬における添付文書に依らない用法。

例：サインバルタカプセル 20 mg 1錠 1×夕食後(添付書では朝食後)

12. 明らかな用法間違いの変更。

例：ボグリボース OD 0.3mg 3錠／3×毎食後 → 3錠／3×毎食直前

13. 外用剤の使用部位の追加

※継続して使用している貼付剤や軟膏等の「使用部位」や「1日使用回数」の指示がない処方について、患者から使用状況を聴取できた場合に「使用部位」や「1日使用回数」を追加する。

14. 小児科処方における以下の場合(小児科のみ、他診療科は不可)。

・月齢や年齢で規格や用量が規定されている薬剤において、処方日数内に規定の月齢や年齢を終える場合。

例：

- ①あと5日で生後6ヶ月になる小児にレボセチリジンシロップ 2.5mL/日 7日間の処方。
- ②あと20日で2歳になる小児にフェキソフェナジン DS 1.2g/日 28日間の処方。
- ③あと28日で6歳になる小児にモンテルカストチュアブル 5mg/日 30日間の処方。

・月齢や年齢で規格や用量が規定されている薬剤において、規定の年齢に見合う規格ではなく、その年齢未満に見合う規格で処方された場合。

例：

- ④10歳の小児にモンテルカストチュアブル錠 5mgではなく、モンテルカスト細粒 4mgを処方。
- ⑤15歳の小児にモンテルカスト錠 10mgではなく、モンテルカスト細粒 4mg 2包/日を処方。

Ⅲ. その他

※ 処方変更された場合は、「お薬手帳」や「お薬説明書」での情報提供を徹底してください。

運用開始日：令和6年11月5日～