

院外処方における疑義照会事前同意プロトコール

社会医療法人清和会 ころろクリニックせいわ

【処方変更に係わる原則】

- ・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または記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ・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。

1. 問い合わせ窓口

- ① 処方内容・保険関係(保険者番号、自立支援等)に関すること
受付時間:【午前】 9:00~12:00 月・火・水・木・土 ※土曜は不定期
【午後】 14:00~18:00 月・水・木
ころろクリニックせいわ受付 TEL:0855-28-7350
※金曜は西川病院せいわ地域連携室 TEL:0855-22-2392 へお問い合わせ下さい
- ② プロトコールに関すること
受付時間:平日 9:00~17:00
西川病院 薬剤科 TEL:0855-22-2390(代表)

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更し調剤した場合は、変更報告書を下記のFAX番号に送信して下さい。
後発品の変更調剤については本プロトコールの合意締結の有無に拘らず全て連絡不要とします(可能な限りお薬手帳に記載して下さい)。
ころろクリニックせいわ FAX:0855-28-7351

3. 疑義照会不要例 (ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く)

- ① 成分名が同一の銘柄変更
例:レメロン錠 15mg → リフレックス錠 15mg
ミルタザピン錠 15mg
※先発品同士、後発品から先発品への変更も可能。
※ただし生活保護については生活保護法等関係する法令の遵守を優先すること。

② 剤形の変更

例：アムロジン錠 5 mg → アムロジン OD 錠 5 mg

(粉碎)フロセミド錠 40 mg 1 錠 → フロセミド細粒 4% 1g

※用法・用量が変わらない場合のみ可(体内動態なども考慮すること)。

※クリーム剤→軟膏、軟膏→クリーム剤の変更は不可。

③ 複数規格製剤がある場合の処方規格の変更

例：5 mg錠 1回 2 錠 → 10 mg錠 1回 1 錠

40 mg錠 1回 0.5 錠 → 20 mg錠 1回 1 錠

※適応症が変わる場合は疑義照会が必要。

④ 服薬状況等の理由により処方薬剤を半割や粉碎、混合すること、あるいはその逆(規格追加も含む)

逆の例：(粉碎)ワーファリン錠 1 mg 2.5 錠 → $\left[\begin{array}{l} \text{ワーファリン錠 1 mg 2 錠} \\ \text{ワーファリン錠 0.5 mg 1 錠} \end{array} \right.$

⑤ 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。(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、一包化により改善されると判断できる場合に限る。

※患者希望により一包化を外すことも可。

⑥ 湿布薬や軟膏での規格変更に関すること(合計処方量が変わらない場合)

例：マイザー軟膏 0.05%軟膏(5g) 2 本 → マイザー軟膏 0.05%(10g) 1 本

⑦ 服用歴のある配合剤が、単剤の組み合わせ(同一成分および含量)に変更されたと判断でき、患者が希望した時に元の配合剤へ変更すること(薬歴等に基づき、当院への入院により変更されていることを確認すること)

例：(薬歴上) ミカムロ配合錠 AP 1 錠

(今回処方) $\left[\begin{array}{l} \text{ミカルデイス錠 40 mg 1 錠} \\ \text{アムロジピン OD 錠 5 mg 1 錠} \end{array} \right.$

→ ミカムロ配合錠 AP 1 錠に変更可能

⑧ 患者の希望があった場合の消炎鎮痛外用貼付剤における、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。枚数に関しても原則同じとする)

例：ロキソニンパップ 100 mg → ロキソニンテープ 100 mg

なおケトプロフェン製剤は、適応症・用法が違うため、疑義照会が必要。

- ⑨ DPP-4 阻害薬の週 1 回製剤、あるいはビスホスホネート製剤の週 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)

ザファテック錠 100 mg(週 1 回製剤) 1 錠 分 1 朝食後 14 日分 → 2 日分

ベネット錠 17.5 mg(週 1 回製剤) 1 錠 分 1 起床時 14 日分 → 2 日分

- ⑩ 内用薬の用法が頓服あるいは回数指定で処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されている場合（薬歴上あるいは患者面談上、用法が明確な場合を含む）の用法の変更・追記

例:フロセミド 20 mg 1 錠 1 日 1 回 → 1 日 1 回「体重が 60 kg を超えた時」

- ⑪ 外用剤用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が処方医より口頭で指示されており、患者面談を行った上で、用法が明確な場合の変更・追記。

例:モーラステープ 20 mg(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。

- ⑫ 「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

- ⑬ 医師了解のもとで処方されている用法

例:漢方薬の「食後」投与

例:抗アレルギーや H₂ ブロッカー、消化性潰瘍治療剤の 1 日 2 回「朝・夕食後」投与

- ⑭ 経腸栄養剤の患者希望によるフレーバー変更

例:エンシュア・リキッド 250mL、エンシュア・H250mL

- ⑮ 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 330 mg → 酸化マグネシウム錠 330mg

- ⑯ 添付文書上、用法が明らかに決められている薬に対して適正な用法への変更

例:ビスホスホネート製剤(内服薬)の用法が「起床時」以外の場合に「起床時」へ変更すること
(ベネット錠 75mg(月 1 回製剤) 1 錠 朝食後 → 起床時)

4. 残薬調整に関する疑義照会不要例（ただし、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)。原則、手持ちの現物を確認し、次回受診日まで薬が不足とならないようにすること。

例: プラビックス錠 75 mg 30 日分 → 27 日分 (3 日分残薬があるため)

アスタットクリーム 1%3 本 →2 本 (1 本残薬があるため)

※残薬調整を行った場合、変更報告書にて残薬が生じた理由に関する情報提供をお願いします。

※処方箋における「残薬確認した場合の対応」において、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」の項目にチェックがある場合は、疑義照会した上で変更してください。

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

※次回の処方忘れの可能性や保険請求の不整合が起こる可能性があるため、1 日以上の処方日数(全削除は不可)としてください。

5. その他

※事前同意プロトコールに基づく変更報告書は事前に配布済みの用紙を使用してください。

※処方変更された場合は、「お薬手帳」や「お薬説明書」での情報提供をお願いします。

6. 運用開始 2024 年 1 月

FAX:0855-28-7351

社会医療法人清和会 こころクリニックせいわ宛

保険薬局→クリニック受付→西川病院薬剤科

事前同意プロトコールに基づく変更報告書

保険薬局名 _____

報告薬剤師名 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

処方医: _____ 先生

処方箋発行日 _____ 年 月 日 報告日 _____ 年 月 日

【注意事項】

プロトコールに基づいて変更を行い、調剤を行った場合には、必ずこの変更報告書で報告してください。
処方に関することでプロトコールに記載のない内容については、直接電話で疑義照会を行い、変更された内容については別途報告してください。

保険請求に関する疑義照会はこころクリニックせいわ受付 TEL:0855-28-7350 に確認してください。

※ID は院外処方せんの上に記載があります

患者氏名・ID	患者氏名: _____ ID: _____
処方変更内容 該当部分にチェック	<input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 内服の規格変更 <input type="checkbox"/> 外用の規格変更 <input type="checkbox"/> 半割・粉碎に関する変更 <input type="checkbox"/> 一包化に関する変更 <input type="checkbox"/> 合剤または単剤組み合わせの変更 <input type="checkbox"/> 漢方製剤の食後用法 <input type="checkbox"/> 栄養剤のフレーバー変更 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 処方日数調整 <input type="checkbox"/> 外用剤の用法が不明な場合の用法の追記 <input type="checkbox"/> 週 1 製剤、月 1 製剤と連日投与の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 隔日投与と連日投与の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 用法が明らかに決められている場合の適正な用法への変更
変更内容	(残薬が生じた原因について検討し、適切な指導や介入を行い、その内容を記載してください。)
その他	