

院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコル

(処方変更に係る原則)

- ・先発医薬品において、「変更不可」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、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ・「含量規格変更不可」「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。変更により価格が上がる場合は疑義照会を行う。
- ・不明な点がある場合は従来どおり、主治医に疑義照会を行う。
- ・処方変更された場合は、「疑義照会連絡票（別紙）」、「お薬手帳」や「お薬説明書」での情報提供を徹底する。

1. 各種問い合わせ窓口

①処方内容（診療、調剤に関する疑義・質疑など）

受付時間：平日午前9時から午後5時

TEL：087-811-3333（代） 各診療科・処方医

②保険関係（保険者番号、公費負担など）

受付時間：平日午前9時から午後5時

TEL：087-811-3333（代） 医事課外来（内線 2110）

③プロトコル内容、服薬情報提供書（トレーシングレポート）に関すること

受付時間：平日午前9時から午後5時

TEL：087-811-3333（代） 薬剤部 DI 担当（内線 5829）

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更し、調剤した場合は、変更内容を「疑義照会連絡票」の該当項目に記入の上、**薬剤部 DI 室まで FAX にて連絡してください（薬剤部 DI 室 FAX：087-802-1346）**。プロトコルに基づき変更した場合に限らず、通常の疑義照会による変更の場合も同様に FAX での連絡をお願いします。

また、患者からの聞きとり情報（アドヒアランス、残薬、複数病院受診、OTC や健康食品の服用など）のうち、処方医に報告することが望ましいと判断された、即時性の低い情報については「服薬情報提供書（トレーシングレポート）」に記入の上、薬剤部 DI 室まで FAX にて連絡してください（薬剤部 DI 室 FAX：087-802-1346）。

なお、銘柄名処方及び一般名処方を後発品に変更した場合の FAX による処方医への情報提供は不要とします。「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。

3. 疑義照会不要の例（ただし、麻薬、抗悪性腫瘍剤に関するものは除く）

①成分が同一の先発医薬品銘柄変更

【例】

クラリシッド錠 200mg→クラリス錠 200mg

ベネット錠 2.5mg→アクトネル錠 2.5mg

- ✓ 患者に十分な説明（服用方法、価格等）を行い、同意を得た上で変更して下さい。変更により価格が上がる場合は疑義照会をお願いします。
- ✓ 用法・用量（原薬量）の変更がない場合のみ、変更可とします。
- ✓ 漢方薬については、同じ名称であっても、メーカーにより組成が異なりますので、疑義照会をお願いします。

②成分が同一の内用剤の剤形変更

【例】

タケプロン OD 錠 15mg→タケプロンカプセル 15mg

ユリーフ錠 4mg→ユリーフ OD 錠 4mg

- ✓ 患者に十分な説明（服用方法、価格等）を行い、同意を得た上で変更して下さい。変更により価格が上がる場合は疑義照会をお願いします。
- ✓ 用法・用量（原薬量）の変更がない場合のみ、変更可とします。
- ✓ 以下、ア～ウの同一グループ内に限り変更可とします。
 - ア. 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
 - イ. 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る）
 - ウ. 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る）
- ✓ 製剤の安定性、体内動態等も考慮して変更して下さい。

③別規格製剤がある内用剤の規格変更

【例】

5mg 錠 1回2錠→10mg 錠 1回1錠

- ✓ 患者に十分な説明（服用方法、価格等）を行い、同意を得た上で変更して下さい。変更により価格が上がる場合は疑義照会をお願いします。
- ✓ 用法・用量（原薬量）の変更がない場合のみ、変更可とします。
- ✓ 製剤の安定性、体内動態等も考慮して変更して下さい。

④軟膏など外用剤の規格変更（合計処方量が変わらない場合）

【例】

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

⑤処方日数の適正化（短縮）

「1日おきに服用」「週1回 〇曜に使用」などと指示された、以下の該当薬剤において、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

【該当薬剤】

- アレンドロン酸錠 35mg
- メトトレキサート錠
- フォリアミン錠
(※メトトレキサート錠との併用療法の場合に限る)
- ダイフェン配合錠

【例】他の処方薬が28日分の場合

アレンドロン酸錠 35mg 週1回〇曜に内服 28日分→4日分

- ✓ 上記に記載された品目、なおかつ服用方法に明確な指示がある場合のみ変更可とします。

4. その他

「疑義照会連絡票」「服薬情報提供書（トレーシングレポート）」等の情報は香川県立中央病院のホームページをご覧ください。

変更調剤を行った場合は、「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。

5. 運用開始日

2019年7月1日

2019年5月作成

2019年9月改訂