

院外処方箋における調剤変更に関する事前合意のプロトコル

国立病院機構 沖縄病院

1. 基本的事項

・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出来ないこととする。

・全ての変更において変更前後の違い（薬価など）について患者に説明を行い、同意を必要とする。

・原則として薬剤料が高くなる場合の変更は行わないが、アドヒアランス等の観点から、錠剤から散剤に変更する場合や 1mg 錠 0.5 錠を 0.5mg 錠 1 錠へ変更する場合などは、患者の同意があれば調剤の都度、合意を得るための連絡は不要とし、その内容を Fax にて連絡する。

・無料で行う半割、粉碎、一包化を行う場合は、患者の同意があれば調剤の都度、合意を得るための連絡は不要とし、その内容を Fax にて連絡する。

・軟膏基剤変更（軟膏⇔クリーム剤）は不可とする。

・内服薬⇔外用薬などの剤形変更は疑義照会を必要とする。

例

ビソプロロール錠 ⇔ ビソノテープ

2. 各種問い合わせ窓口及び受付時間

①処方内容に関すること（調剤に関する疑義）

受付時間：平日 9：00～17：00

窓口：主治医（主治医不在時は薬剤科）

②保険番号等に関すること（保険者番号、公費負担など）

受付時間：平日 9：00～17：00

窓口：医事課

※①、②お問い合わせ先

TEL：(代表) 098-898-2121

3. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更を行い調剤した場合は、その内容を Fax にて連絡する。（次回からの処方に反映）

Fax：098-897-9838

4. 疑義照会による報告不要例（但し、麻薬に関するものは除く）

①剤の変更（安定性、利便性向上のための変更に限る）

例

一般名：耐性乳酸菌製剤散 0.6%

ビオフィェルミン R 散 ⇔ ビオフィェルミン R 錠

一般名：オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg

アレロック OD 錠 5mg ⇔ アレロック錠 5mg

一般名：ランソプラゾール口腔内崩壊錠 30mg

タケプロン OD 錠 30mg ⇔ タケプロンカプセル 30mg

一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠

ファモチジン D 錠 20mg 1錠 ⇔ ファモチジン散 2% 1g

②薬歴上継続処方されている内服薬に残薬があるため、投与日数を調節して調剤する場合。（外用薬も含む）

例

一般名：クロピドグレル錠 75mg

プラビックス錠 75mg 1T1×30日分 ⇔ プラビックス錠 75mg 1T1×27日分

一般名：ケトコナゾールクリーム 2%

ニゾラルクリーム 2% 15g (1.5本) ⇔ ニゾラルクリーム 2% 20g (2本)

全く不要とする場合は疑義照会を必要とする。

日数を減らす場合は、前回処方の 50%までとする。

※日数を増やす場合は、次回外来予定日までの不足する日数分を最大とする。

※当院入院で持参薬を使用しなかった場合の日数削減は、前回処方の 90%までとする。

※アドヒアランスが不良と認めた場合の変更にあたっては、処方医へ照会したうえで変更するものとする。

5. その他合意事項

例 1

ビスホスホネート製剤の週 1 回あるいは月 1 回製剤が、連日投与の他処方薬と同日数で処方されている場合の処方日数適正化（処方間違いが明確な場合）

※その他の場合においては、疑義照会を必要とする。

・他処方薬が 14 日処方の時

一般名：アレンドロン酸錠 35mg

フォサマック錠 35mg (週 1 回製剤) 1錠 分 1 起床時 14 日分→2 日分

例 2

用法（回数、部位、タイミング等）が口頭で指示されている場合（処方箋上、用法指示が空白あるいは「医師の指示通り」が選択されている）に用法を追記すること（薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合）

- ・口頭で腰痛時に腰に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合

一般名：ケトプロフェンテープ 40mg（10cm×14cm）

ケトプロフェンテープ 40mg 3袋 1日1回 医師の指示通り→ 1日1回 腰

- ・口頭で疼痛時に内服するよう指示があったと患者から聴取した場合

ロキソプロフェン Na 錠 60mg 1T 10回分 医師の指示通り→疼痛時 1回 1T

- ・口頭で1日2回患部に塗布するよう指示があったと患者から聴取した場合

ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 0.1% 10g 医師の指示通り→1日2回

6. その他

「おくすり手帳」等による情報のフィードバック推進をお願いいたします。

連絡先 薬剤科 TEL：(代表) 098-898-2121

初 版 : 2019年12月25日