

令和2年6月3日

院外処方箋における疑義照会プロトコル

兵庫県立尼崎総合医療センター

＜変更調剤に係る留意点＞

- ・処方薬（銘柄名処方に係るものに限る。）の「変更不可」欄に「✓」又は「×」の記載があり、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（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）には変更できない。^{※1}
- ・処方薬と一般的名称が同一である成分を含有する医薬品（含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品を含む。）を調剤することができる。ただし、処方薬の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」の記載等がある場合には、患者に対して説明し同意を得ることを条件に、従来からの取扱いどおり、その指示に従い調剤することができる。^{※2}

※1,2 厚生労働省保険局医療課長通知「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（保医発 0305 第12号）

- ・変更調剤は、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、安定性及び体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・患者の不利益に結びつくことのないよう、十分な説明（変更内容、服用方法、安定性、価格等）を行い、同意を得たうえで変更する。

※変更調剤：以下の2に則り、剤形、規格等を変更する調剤

1 変更調剤後の連絡

変更調剤した場合は、その内容をお薬手帳に記載のうえ、疑義照会票兼副作用報告書にて FAX (06-6488-6071) で当院に連絡してください。ただし、銘柄名処方に係る処方薬について後発医薬品への変更調剤を行ったとき又は一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときの「調剤した薬剤の銘柄等」については FAX による情報提供は不要とし、実際に調剤した医薬品（後発医薬品等）の名称をお薬手帳へ記載し、受診時に持参するよう指導してください。

2 疑義照会の不要例（ただし、麻薬、注射薬、吸入薬に関するものは除く）

（1）別規格製剤がある場合の処方規格の変更（安定性、利便性の向上のための変更に限る）

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

*適応症が変わる場合、疑義照会が必要です。

（2）アドヒアランス等の理由により処方薬を半割や粉碎、混合すること、あるいはその逆（規格追加も含む）。ただし、抗悪性腫瘍剤を除く。

逆の例：（粉碎）チラーゼン S錠 50 μ g 0.25錠 → チラーゼン S錠 12.5 μ g 1錠

*安定性のデータに留意して下さい。

(3) 成分名が同一の銘柄変更

例：キプレス錠 10mg → シングレア錠 10mg
→ モンテルカスト錠 10mg 「○○」

*先発品間でも可（但し薬剤料が同額以下の場合のみ）。

(4) 組成が同一の漢方薬の銘柄変更

例：クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒 → ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒
(2 g/包) (2.5 g/包)

*同じ名称であっても、構成生薬の組成（ビャクジュツソーウジュツ等）及び構成生薬の用量（ショウキョウ 1g-0.5g 等）が異なる場合は疑義照会が必要です。

変更不可例：

クラシエ加味逍遙散料エキス細粒 → ツムラ加味逍遙散料エキス顆粒
(2 g/包) (2.5 g/包)

コタロー竜胆瀉肝湯エキス細粒 → ツムラ竜胆瀉肝湯エキス顆粒
(3 g/包) (2.5 g/包)

(5) 剤形の変更（安定性、利便性の向上のための変更に限る）

例：ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠
リクシアナ錠 60mg → リクシアナ OD 錠 60mg
シナール配合錠 1錠（粉砕） → シナール配合顆粒 1g
サムスカ OD 錠 7.5mg → サムスカ錠 7.5mg

*用法用量が変わらない場合のみ可。

*抗腫瘍剤を除く。

*軟膏 → クリーム剤、クリーム剤 → 軟膏の変更は不可。

(6) 処方薬剤を服用状況等の理由により、1包化調剤すること（抗腫瘍剤、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、一包化により改善されると判断できる場合に限る。

(7) 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：アドフィードパップ 40mg（7枚入り）×6袋
→ アドフィードパップ 40mg（6枚入り）×7袋
マイザー軟膏 0.05%(5g) 2本 → マイザー軟膏 0.05%(10g) 1本

(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：セルタッチパップ 70mg→セルタッチテープ 70mg

(9) 外用剤の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が口頭で指示されている場合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）

例：（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）

【般】ケトプロフェンテープ 20mg(7×10cm 非温感) 3袋 1日1回 → 1日1回 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。

(10) 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14日分処方の時）

アレンドロン酸錠 35mg（週1回製剤）1錠分1起床時 14日分→2日分

(11) 「1日おき服用」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日分処方の時）

ファモチジンD錠 20mg 1錠分1朝食後 隔日投与 30日分 → 15日分

(12) 漢方薬、胃腸機能調整薬の用法を添付文書どおりの服用方法に変更（ただし、服用方法について口頭で指示されている場合を除く）

*アドヒアランス等の向上を目的に服用方法が指示されていると考えられる場合には疑義照会を行ってください。

3 各種問い合わせ窓口、受付時間

(1) 処方内容（診療、調剤に関する疑義・質疑等）に関すること

疑義照会及び副作用報告は必ず FAX で行い、疑義照会票兼副作用報告書及び処方箋を送信してください。緊急の副作用報告以外の電話での問い合わせには一切応じませんのでご注意願います。なお、緊急を要する重篤な副作用が発症した場合は祝日・夜間を問わず電話にて問い合わせてください。

窓口：医事企画課：06-6480-7000（代）（内線 1818、1819）

FAX 受付時間：平日 9時から 17時まで（土曜日、日曜日及び祝祭日は受け付けておりません。）

FAX 番号：06-6488-6071

(2) 疑義照会プロトコル及び調剤内規に関すること

窓口：薬剤部

受付時間：平日 9時 00分から午後 5時

TEL：06-6480-7000（代）

4 その他

(1) 本プロトコル、各種様式等の情報は、当院ホームページ「院外処方箋関連情報（応需薬局専用）」
をご覧ください。

<https://agmc.hyogo.jp/>

(2) 変更調剤された場合、「お薬手帳」や「薬剤情報提供書」等での情報提供を徹底してください。

(3) 在庫理由による変更調剤は不可です。

改訂の記録

平成 30 年 10 月 1 日（第 1 版）

令和 2 年 6 月 3 日（第 2 版）