

久留米版院外処方箋包括的事前合意に係るプロトコル項目の具体例

* 麻薬・抗がん剤は包括的事前合意プロトコル適応外 *

◎:従来より変更可 ○:病院と保険調剤薬局との合意により変更可 ×:変更不可(疑義照会が必要)

合意事項	詳細
① 成分名が同一である先発品/後発品への銘柄変更 ※適応が異なる場合は変更不可	<ul style="list-style-type: none"> ・銘柄名処方では、後発品へ(後発品同士)の変更は従来より可。合意により先発品へ変更の変更も可とする。 ・後発品の推進が原則であることは変わりなし。 ・変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であることを原則とするが、変更前より高額となる場合、患者に対して十分に説明し、同意を得た上での変更を可とする。

◎アクトス錠 15mg→ピオグリダゾン錠 15mg
 ○アミノパクト配合顆粒 4.74g→リーパクト配合顆粒 4.15g
 ○ジャヌビア錠 50mg→グラクティブ錠 50mg
 ○アムロジピン OD 錠 5mg→ノルバスク OD 錠 5mg

先発品→後発品 68.6 円→28.9 円
 後発品→後発品 75.6 円→178.5 円
 先発品→先発品 136.5 円→138.2 円
 後発品→先発品 22.7 円→43.4 円

合意事項	詳細
② 内服薬の剤型の変更 ※適応が異なる場合は変更不可 【安定性、利便性の向上のための変更に限る】	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の場合は下記の類似剤型間での変更が従来より可。 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、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) ・合意により先発品においても剤型変更を可とする。 ・更に、類似ではない剤型間の変更(錠剤⇔散剤等)も、安定性、利便性の向上のための変更に関し可とする。 ・用法・用量が変わる場合、患者に対して十分に説明し、同意を得た場合に限り変更可とする。

◎ファモチジン OD 錠 20mg→ファモチジン錠 20mg
 ○ケイキサレート散 1 包→ケイキサレートドライシロップ 2 包
 ○ピオフェルミン R 散→ピオフェルミン R 錠
 ×ピオフェルミン R 散→ピオフェルミン錠

OD 錠→錠
 散→ドライシロップ(先発品)
 散→錠
 R 散→錠 ⇒※成分、適応が異なるため不可

合意事項	詳細
③ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更 ※適応が異なる場合は変更不可 【安定性、利便性の向上のための変更に限る】 【処方日数と次回受診日までの日数が妥当な場合に限る。】	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の場合の規格変更は従来より可。 ・合意により先発品においても規格変更を可とする。 ・外用剤での変更は不可。 ・保険薬局の備蓄の都合による変更の場合も、患者に説明し同意が得られれば変更可能とする。 (但し、自家製剤加算等を算定する場合は疑義照会が必要。)

◎クロチアゼパム錠 5mg 2 錠→クロチアゼパム錠 10mg 1 錠
 ○レボフロキサシン錠 250mg 1 錠→レボフロキサシン錠 500mg 0.5 錠
 ○カロナール細粒 50% 1 回 400mg(0.8g)→カロナール細粒 20% 1 回 400mg(2.0g)
 ○チラーゼン S 50µg 0.5 錠→チラーゼン S 25µg 1 錠
 ×チラーゼン S 50µg 2 錠→チラーゼン S 100µg 1 錠
 ×ワーファリン錠 1mg 5 錠→ワーファリン錠 5mg 1 錠
 ×ミケラン LA 点眼液 2%→ミケラン LA 点眼液 1%

1 回 2 錠→1 錠
 1 回 1 錠→半錠 ※自家製剤加算等を算定する場合は疑義照会
 1 回 0.8g→2.0g
 1 回 半錠→1 錠の規格変更(規格が小さくなる場合)は可
 ※チラーゼン S の規格変更(規格が大きくなる場合)は疑義照会
 ※ワーファリンの規格変更は疑義照会
 ※外用薬の規格変更は疑義照会

合意事項	詳細
④ 湿布薬や軟膏での包装単位変更 【合計処方量が変わらない場合に限る】	

○ケトプロフェンパップ 30mg 7 枚入り×6 袋→6 枚入り×7 袋 (42 枚)
 ○リンデロン-V 軟膏 0.12% 5g×10 本→10g×5 本 (50g)

11.7 円/枚
 25.7 円/g

合意事項	詳細
⑤ 残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮 イリスク薬を含む 【八】 【処方日数と次回受診日までの日数が妥当な場合に限る】	<ul style="list-style-type: none"> ・残薬の調整でも、処方自体を削除する場合は疑義照会。 ・処方日数を延長する場合は疑義照会。 ・アドヒアランスに問題があると判断される場合は処方医へ情報提供。 ・週 1 回あるいは月 1 回投与製剤及び服用日指示のある場合は疑義照会。(⑦に記載するピスホスホネート製剤、DPP4 製剤を除く) ・抗がん剤は除く

○アムロジピン錠 5mg 42 日分→38 日分
 ○ヒアレイン点眼液 0.1% 5 本→2 本
 ×残薬あるため不要→処方削除
 ×次回までの不足分→日数延長
 ×ダイフェン錠 月・水・金 28 日分→12 日分

※削除の場合は疑義照会
 ※日数の延長は疑義照会
 ※残薬の調整ではなく処方ミスの場合、疑義照会が必要

久留米版院外処方箋包括的事前合意に係るプロトコル項目の具体例

* 麻薬・抗がん剤は包括的事前合意プロトコル適応外 *

◎:従来より変更可 ○:病院と保険調剤薬局との合意により変更可 ×:変更不可(疑義照会が必要)

合意事項	詳細
⑥患者の希望等で行う半割、粉碎、混合あるいは一包化調剤	<ul style="list-style-type: none"> 無料で行う場合のみとし、安定性のデータに留意する。 自家製剤加算、嚥下困難者用製剤加算を算定する場合は必ず疑義照会を行う。 粉碎については安全性を確認すること。 一包化する事でアドヒアランスが向上するなど薬学的理由が必要

○アゼルニジピン錠 16mg 0.5錠→半錠にして交付 ※自家製剤加算を算定する場合は疑義照会
 ○オルメサルタン錠 5mg 2錠→嚥下困難のため粉碎して散剤として交付 ※嚥下困難者用製剤加算を算定する場合は疑義照会
 ○アトルバスタチン錠 10mg 0.5T→同 5mg 1T 一包化 錠剤(粉碎)→錠剤、規格変更、一包化への追加

合意事項	詳細
⑦週 1 回あるいは月 1 回内服のビスホスホネート製剤および DPP-4 阻害剤の処方日数の適正化 【連日投与の処方薬と同一の日数で処方されている場合等、処方間違いが明確な場合に限る】	<ul style="list-style-type: none"> 処方日数を延長する場合は疑義照会。

他の処方薬が 28 日分処方するとき
 ○アクトネル錠 17.5mg(週 1 回製剤) 28 日分→4 日分
 ○リカルボン錠 50mg(月 1 回製剤) 28 日分→1 日分
 ○マリゼブ錠 12.5mg(週 1 回製剤) 28 日分→4 日分
 * ページェット病の患者に使用する場合 (1 日 1 回 8 週連日投与)
 ×アクトネル錠 17.5mg(週 1 回製剤) 28 日分→4 日分

合意事項	詳細
⑧消炎鎮痛外用剤における貼付剤の合計処方量とコメントでの指示 枚数が異なる場合の適正化 【処方間違いが明確な場合に限る】	<ul style="list-style-type: none"> 合計処方量を増量する場合は疑義照会。

○モースラテープ 20mg(7 枚/袋) 4 袋 1 日 1 枚 28 日分 →4 袋 1 日 1 枚
 (784 枚) (28 枚)

合意事項	詳細
⑨外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が口頭指示されている場合の用法追記	

腰に貼付するよう医師から口頭指示されていることを患者から聴取した場合
 ○モースラテープ L40mg 3 袋 1 日 1 回 →1 日 1 回 腰

合意事項	詳細
⑩患者の希望等で行う エンシュア・H/ラコール/イノラス/アミノレバンにおける味の変更	再入院で院内調剤になった際は院内採用の味になることを説明。

○ラコール NF 配合経腸用液(バナナ)→ラコール NF 配合経腸用液(ミルク)
 ○エンシュア・H(コーヒー)→エンシュア・H(メロン)