

2024年10月16日

保険薬局関係各位

JA 愛知厚生連 海南病院

海南病院において疑義照会済みと見なす事項

保険薬局からの疑義照会を受けるにあたり、調剤上の典型的な変更に伴う事項の内容もあり、保険薬局と病院双方の業務負担になっています。以下に示す項目については、疑義照会済みとして対応いたしますので、ご理解とご協力をお願いします。

**【申し合わせ事項の基本概念】**

- ・ 処方変更は、医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更としてください。その際、安全性や溶解性、体内動態などを考慮し、利便性が向上する場合に限ることとします。
- ・ 変更にあたって、必ず患者の同意を得た上で行い、処方せん等にその旨を記載してください。また、変更した薬品名をお薬手帳へ貼付するようにしてください。
- ・ 先発医薬品において「変更不可（医療上必要）」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・押印がある場合には、疑義照会なく処方薬を変更できません。
- ・ 処方内に「剤形変更不可」「規格変更不可」など、医師のコメントがある場合には、コメントの指示に従ってください。
- ・ 変更調剤については、新規又は変更時のみ当院へ報告してください。
- ・ 投薬日数の変更については、その都度当院へ報告してください。
- ・ 変更調剤及び投薬日数の変更ともに、様式は指定しておりません。変更内容がわかるような各施設の様式の報告書を使用して報告してください。

処方箋 記載医薬品		調剤医薬品					先発医薬品等				
		同一銘柄		別銘柄		類似する別剤形		類似する別規格		類似する別規格	
		同一剤形	同一規格	同一剤形	別規格	同一規格	別規格	同一規格	別規格	同一規格	別規格
先発医薬品等	内服	◎	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*
	内服以外	◎	×	×	×	×	×	×	×	×	×
後発医薬品	内服	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	内服以外	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×
一般名処方	内服	○	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*	○*
	内服以外	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×

◎：処方箋記載医薬品    ○：調剤可、変更調剤可    ×：疑義照会必要    ○\*：申し合わせ事項

(ア) 成分名が同一である医薬品の変更調剤

① 先発医薬品同士の銘柄変更

注：以下の先発医薬品の銘柄変更については、疑義照会を行う必要があります。

- ・セレニカ R 顆粒、セレニカ R 錠 200mg、デパケン R 錠 100mg/200mg
- ・テオフィリンドライシロップ、テオドール錠、テオロング錠、  
ユニフィル LA 錠
- ・ネオーラルカプセル、ネオーラル内用液

② 局方品同士の銘柄変更

変更前後で薬剤料があがる場合には患者の同意を得て変更をしてください。

例. ビサコジル坐剤 2mg 「日新」 ⇒ テレミンソフト坐薬 2mg

③ 銘柄が記載された後発医薬品から先発医薬品への変更

変更前後で薬剤料があがる場合には患者の同意を得て変更をしてください。

(イ) 医薬品で以下に示す剤形の変更調剤

① カプセル ⇒ 錠

② 錠 ⇒ カプセル

③ 錠、カプセル ⇒ 細粒、顆粒、散

注：以下の内容については、初回のみ疑義照会を行う必要があります。

1. OD 錠からカプセルや一般の錠剤への変更
2. 徐放化製剤への変更

徐放化製剤からそうでない製品への変更は認めません。

(ウ) 医薬品の規格変更に関する変更調剤

① 半錠⇒1錠 (例. タナトリル錠 5mg 0.5錠 ⇒ タナトリル錠 2.5mg 1錠)

② 2錠⇒1錠 (例. メインテート 2.5mg 2錠 ⇒ メインテート 5mg 1錠)

③ その他 1回分の成分量を変えないで、服用数が減る組み合わせ

注：以下の内容については、疑義照会を行う必要があります。

1. 1回分の投与量（成分量）を変える場合

2. 以下の銘柄品

(ア) ワーファリン錠

(イ) アマリール錠

(ウ) オイグルコン錠

(エ) グリミクロン錠

(エ) 以下に示す外用剤の包装変更に関する変更調剤

① パップ剤やテープ剤の包装品の変更

例. モーラスパップ 30mg (6枚入り) 7袋

⇒ モーラスパップ 30mg (7枚入り) 6袋

② 軟膏・クリーム剤等の包装品の変更

例. キンダベート軟膏 0.05%5g 2本

⇒ キンダベート軟膏 0.05%10g 1本

(オ) 以下に示す外用剤の内容量変更に関する変更調剤

① 外用剤の内容量変更

販売会社により1本あたりの内容量が異なる場合、処方せん表記上の容量を超える近似本数で調剤する。

例. (般)フェルビナク外用液 3%(50mL/本) 2本

⇒ フェルビナクローション 3%(100mL/本) 1本

又は、フェルビナクローション 3%(60mL/本) 2本

(カ) 経口用の栄養剤におけるフレーバー（味）の変更に関する変更調剤

経口用の栄養剤においてフレーバー（味）が表記された場合においても、栄養剤のフレーバー（味）については、患者の希望に合わせて変更可能とします。

(キ) 添付文書上の用法が規定された以下の品目における食後処方（一般名、商品名ともに可）

以下に示す品目については、用法が食後で処方された場合においても、疑義照会済みとして対応可能とする。

① 対象薬1（添付文書上の用法が食前である医薬品）：

メトクロプラミド（プリンペラン）錠

ドンペリドン（ナウゼリン）錠

漢方薬

② 対象薬2（添付文書上の用法が食直後である医薬品）：

イコサペント酸エチル（エパデール S）粒状カプセル

オメガ-3脂肪酸エチル（ロトリガ）粒状カプセル

クエン酸第二鉄水和物（リオナ）錠

パンクレリパーゼ（リパクレオン）カプセルおよび顆粒

③ 対象薬 3 (添付文書上の用法が朝及び就寝前である医薬品) :

オロパタジン塩酸塩 (アレロック) OD錠

レボセチリジン塩酸塩 (ザイザル)錠およびシロップ

クレンブテロール塩酸塩 (スピロペント)錠

テオフィリンドライシロップ、テオフィリン (テオドール、テオロング)錠

プロカテロール塩酸塩 (メブチン)ドライシロップ

(ク) 添付文書上の用法が規定された以下の品目における就寝前処方 (一般名、商品名ともに可)

以下に示す品目については、用法が ねる前で処方された場合においても、疑義照会済みとして対応可能とする。

① 対象薬 (添付文書上の用法が就寝直前である医薬品) :

ゾルピデム酒石酸塩 (マイスリー) OD錠

レンボレキサント (デエビゴ)錠

スボレキサント (ベルソムラ)錠

(ケ) 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日数で処方されている場合の日数変更

例. フォサマック錠 35mg (週 1 回) 1錠 1日 1回起床時 28 日分

⇒フォサマック錠 35mg (週 1 回) 1錠 1日 1回起床時 4 日分

注: 「〇日おきに服用」、「透析日に服用」などと指示された処方薬については、指示の削除忘れの可能性があるので、疑義照会を行ってください。

(コ) 残薬調整に関する処方薬の日数等の変更について

① 対象となる日数

- ・ 残薬調整を行う日数又は数量は、院外処方せんに記載されている日数を超えない範囲 (ただし、0 日分は不可) とし、残りは次回以降に調整してください。
- ・ 残薬は 1 週間分程度であれば、予備として患者さんにお持ちいただくよう伝えてください。

注: 服薬アドヒアランスに関わる残薬等の調整で、医師への疑義照会が必要と判断される事例については、疑義照会を行ってください。

例. 患者の判断で服薬を中断し、残薬が発生した場合

以上