

変更調剤PBPMへの導入

PBPM: Protocol Based Phamacotherapy Management

一般社団法人 摂津市薬剤師会



摂津市薬剤師会副会長 山村 久美子

◆処方箋の疑義

薬剤師法24条

薬剤師は、処方せん中の疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。

保険調剤薬局である薬剤師は添付文書通りの調剤をすることが必須であり、それから外れていると疑義照会する必要があります。

また、患者にお薬を直ぐに渡したいけど在庫がなく、同成分の併売品（規格違い）なら調剤できる場合もあります。



疑義照会をするにあたり、保険薬局側と疑義照会を受ける医療機関側双方に 時間を要する場合があります。そして回答を頂くまで調剤ができませんので、結果として患者さんを待たせることになります。

ただ疑義照会の対象となる変更の中には、優先すべき重要な疑義照会もありますが、中には調剤上の形式的な患者の利便性が向上したり、治療効果が上がる見込みが高かったりと、問い合わせる前から「変更して良い」という回答を得ることがほぼ確定しているものも含まれています。



保険薬局では



ミルタックス
パップは在庫
があるけど、
モーラスパッ
プはない

フォサマックが
朝食後で処方さ
れている？

漢方だけど食後で
処方されている？



他の薬剤が14日処方さ
れているか、週1製剤
のベネット17.5mgも14
日で処方されている



医療機関側では

沢山の疑義照会

今、診察中で 手が
離せないんだけど…

ただの入力ミスなんだ
けどな…

残薬があるなら、薬局
で日数調整してもらう
と助かるよ

同成分なら 変更して
も問題ないんだけど…



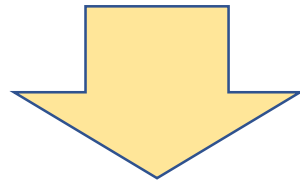
患者さんは

どれだけ待たされるのかしら…。
しんどいから早く家に帰りたいわ



沢山の疑義照会の中から このような形式的な疑義照会（変更調剤にかかる問い合わせの回答が判明している疑義照会）を減らすことで、患者のケア等、より高い業務に充てる時間を増やすことができ、薬局における患者の待ち時間の減少が見込まれるのです。

そのためには 医療機関側と保険薬局側との双方における約束事 = 『調剤事前申し合わせ協定』が必要になります。



これが豊能・三島地区薬薬連携協議会の取り組みの一部である調剤事前申し合わせ協定の『変更調剤PBPM』なのです。

【目的】

プロトコルを広域で一本化し、導入を進めることにより、患者の利便性向上の他、医療機関及び保険薬局における医療安全上の問題が軽減されるほか、薬薬連携の強化も期待できる

【目標】

形式的な疑義照会が減少することで、健康被害が生じる恐れのある重要な疑義照会を優先し、健康被害を防止することにもつながる

ぜひ『**変更調剤PBPM**』の導入を検討したい医療機関や保険薬局がございましたら、双方の間に**合意書を交わす必要**があります。地域の薬剤師会にご連絡いただきますようお願いいたします。

合意書（例）

【医療機関】（以下「甲」とする。）と【地域薬剤師会】（以下「乙」とする。）は、院外処方箋における調剤事前申し合わせ協定の運用について、下記のとおり合意する。

なお、運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

- 1 院外処方箋における「豊能・三島地区調剤事前申し合わせ協定」（以下「協定」という。）の運用について、協定に係るプロトコル（以下「変更調剤PBPM」という。）に該当する場合には甲の処方医師の同意を得ているものと判断され、疑義には該当しないために、原則として協定に従い調剤が可能である。詳細については、協定に準拠して実施すること。
なお、甲の処方箋を応需した薬局において変更調剤PBPMを適用し、処方内容に変更が生じた場合は、変更調剤報告書（別添）により甲に遅滞なく連絡すること。
- 2 開始時期について
開始時期： 年 月 日より開始とする。
- 3 変更調剤PBPMに該当しない疑義照会については、従来の方法により行う。
- 4 内容変更について
変更調剤PBPMの変更については、必要時豊能・三島地区薬業連携推進協議会において協議を行うこととする。
- 5 締結施設について
本合意は、甲及び乙に加盟する薬局の他、乙以外の地域薬剤師会として、別紙に定めるものに加盟する薬局において有効である。なお、各地域薬剤師会に加盟する薬局については、別途その情報を共有する。
- 6 合意の解消について
本合意を解消しようとするときは、書面をもって相手方に通知するものとする。

以上、本合意の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙各記名押印のうえ、各1通を保有する。

協定を運用する地域薬剤師会や詳細に関する問い合わせは
茨木保健所ホームページを ご参考にしてください

<https://www.pref.osaka.lg.jp/ibarakihoken/yakujika220301/index.html>

合意書（例）

【医療機関】（以下「甲」とする。）と【地域薬剤師会】（以下「乙」とする。）は、院外処方箋における調剤事前申し合わせ協定の運用について、下記のとおり合意する。

なお、運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

1 院外処方箋における「豊能・三島地区調剤事前申し合わせ協定」（以下「協定」という。）の運用について、協定に係るプロトコル（以下「変更調剤P B P M」という。）に該当する場合には甲の処方医師の同意を得ているものと判断され、疑義には該当しないために、原則として協定に従い調剤が可能である。詳細については、協定に準拠して実施すること。

なお、甲の処方箋を応需した薬局において変更調剤P B P Mを適用し、処方内容に変更が生じた場合は、変更調剤報告書（別添）により甲に遅滞なく連絡すること

2 開始時期について

開始時期： 年 月 日より開始とする。

3 変更調剤P B P Mに該当しない疑義照会については、従来の方法により行う

4 内容変更について

変更調剤P B P Mの変更については、必要時豊能・三島地区薬薬連携推進協議会において協議を行うこととする。

5 締結施設について

本合意は、甲及び乙に加盟する薬局の他、乙以外の地域薬剤師会として、別紙に定めるものに加盟する薬局において有効である。なお、各地域薬剤師会に加盟する薬局については、別途その情報を共有する。

6 合意の解消について

本合意を解消しようとするときは、書面をもって相手方に通知するものとする。

以上、本合意の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙各記名押印のうえ、各1通を保有する。

年 月 日

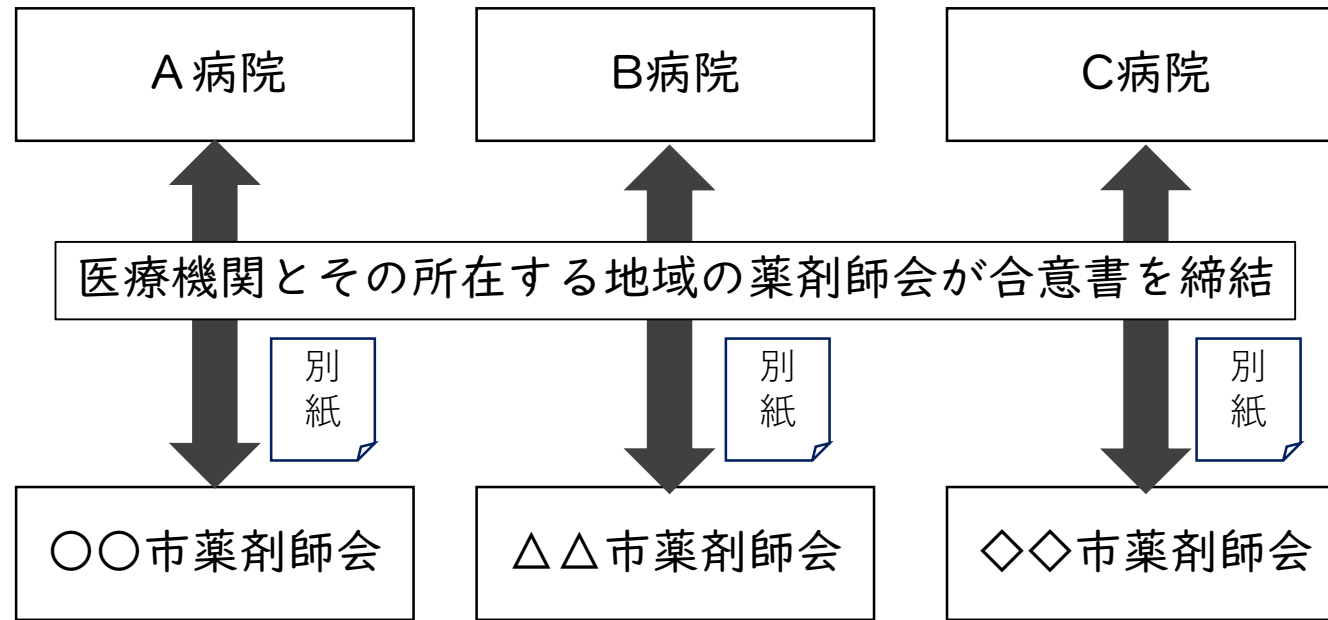
甲 住所：大阪府・・・
名称：【医療機関名】

病院長 ○○ ○○ 印

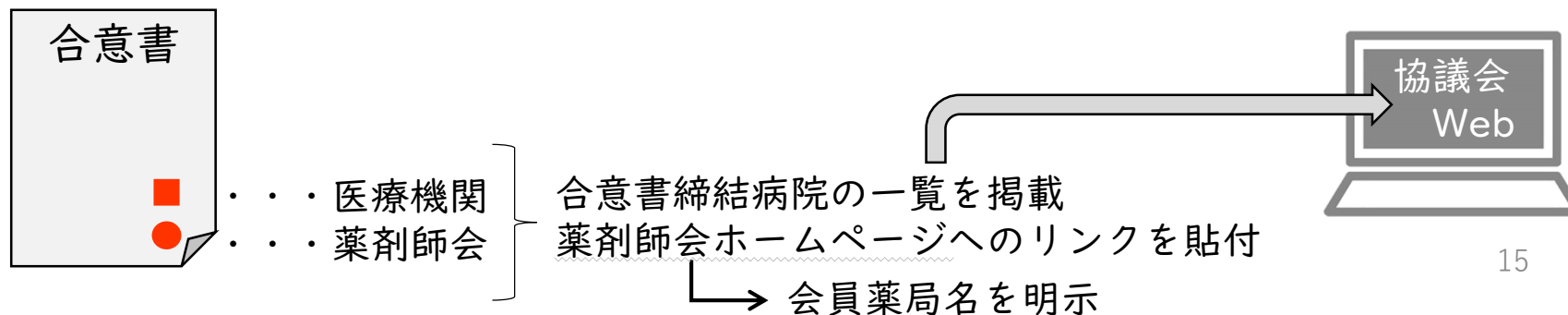
乙 住所：大阪府・・・
名称：（一社）●●市薬剤師会

会長 ■■ ■■ 印

合意書の締結方法

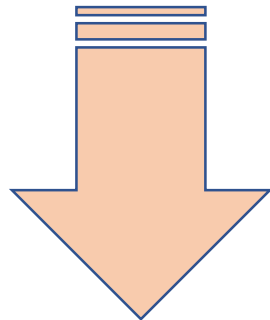


合意書内で、合意書当事者以外の地域薬剤師会のうち、別紙に記載される者にも適用することを謳う。



5 締結施設について

本合意は、甲及び乙に加盟する薬局の他、乙以外の地域薬剤師会として、別紙に定めるものに加盟する薬局において有効である。なお、各地域薬剤師会に加盟する薬局については、別途その情報を共有する。



この合意書内容は 必ずいれる

●●●●病院 薬剤部 宛

報告日： 年 月 日

変更調剤P/BPM専用

変更調剤報告書

該当する処方箋もあわせてFAXしてください

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称 (住所・電話番号・FAX 番号)
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：

調剤事前申し合わせ協定にかかるプロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

処方箋交付年月日： 年 月 日	
調剤事前申し合わせ協定に基づくプロトコルの項目	
<input type="checkbox"/> 1 1) 同一成分薬の銘柄変更	<input type="checkbox"/> 3 残薬調整のための処方日数短縮 (残薬を生じた理由は下欄参照)
<input type="checkbox"/> 1 2) 内服薬の剤型変更	<input type="checkbox"/> 4 外用薬の用法追記
<input type="checkbox"/> 1 3) 含量規格の変更	<input type="checkbox"/> 5 ビスホスホネート製剤、DPP4 製剤の処方日数の適正化
<input type="checkbox"/> 2 アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合又は一包化	<input type="checkbox"/> 6 承認されていない用法を記載された処方方の用法変更
残薬が生じた理由 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 使用量や回数の間違っていた <input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 処方数が実使用数より多かった <input type="checkbox"/> 自己判断による中断 (理由： <input type="checkbox"/> その他 ()	
自由記載欄	

***** 病院記入欄 *****

<input type="checkbox"/> 内容を確認し、処方医に報告しました。
<input type="checkbox"/> その他 ()
記入日： 年 月 日 記入者：

保険薬局は本プロトコルに基づき処方変更し調剤した場合は、調剤後に速やかに医療機関に「**変更調剤報告書**」を FAX送信してください

調剤時に使用するスタンプの印影

処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
	生年月日 <small>西暦 年 月 日</small>	男・女	電話番号	
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 印

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特に記載のある場合を除き、交付の日を始めて10日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

変更不可 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

処方

備考

保険医署名 印

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A 列 5 番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号（第二十三条関係）

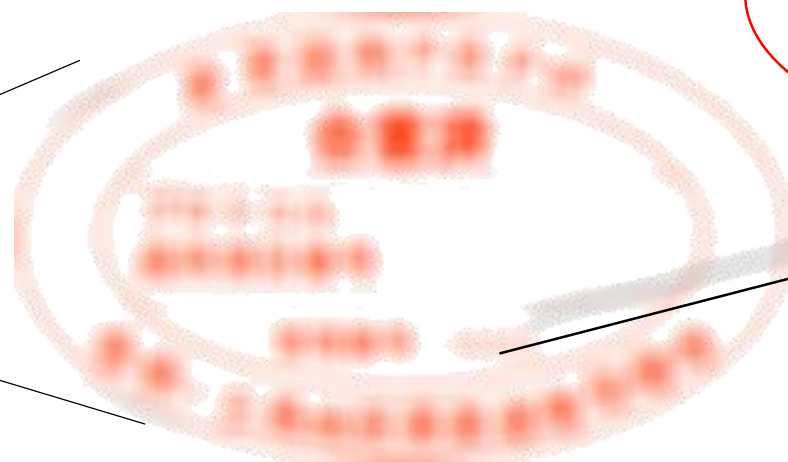
印影のイメージ

変更調剤PBPM

合意済

プロトコル番号:

豊能・三島地区薬業連携協議会



管理番号の振り方は各薬剤師会に一任するが、市町をまたいだ移転を考慮し、付番方法は共有する。

それでは この変更調剤PBPMについての対談を
ご覧ください。

『出演者』

摂津ひかり病院院長 切東美子先生

摂津市薬剤師会会長 石田行司

