

疑義照会簡素化プロトコールにおける合意書（記載例）

日野市立病院（以下「甲」という）と 〇〇調剤薬局（以下「乙」という）は、乙における甲の院外処方箋に係る疑義照会の運用について下記の通り合意するものとする。なお、乙での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分な説明と同意を得てから行うものとする。

記

ご施設名を記載してください

1. 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール」（別紙）は、保険薬局での患者待ち時間の短縮や処方医の負担軽減の観点から、包括的に薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する医師の同意がなされたとして、個別の処方医への同意確認を不要とする。

（参考）

薬剤師法第 23 条

1. 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方箋によらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
2. 薬剤師は、処方箋に記載された医薬品につき、その処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。

2. 患者に不利益が生じた場合

乙は、本プロトコールに従い変更する場合においても、責任感をもって行い、万が一変更過誤が生じた場合、責任を負うこと。

3. 運用開始について

同意書締結日からの運用開始とする。

4. 合意の解除および合意内容の変更について

合意の解除および合意内容の変更については、甲と乙が必要に応じて協議する。

年 月 日

空欄のままにしてください

甲：名称 日野市立病院
住所 東京都日野市多摩平四丁目 3 番地の 1
代表者 病院長 井上 宗信

必要事項を記載し
捺印をお願いします。

乙：名称
住所
代表者