

# 包括的事前合意プロトコル運用について

2021年12月13日より施行

(一社) 久留米三井薬剤師会  
医療連携委員会 担当常務理事

山口 信也

## 包括的事前合意プロトコルとは？

### 薬剤師法 第23条2項

薬剤師は処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更してはならない。

### 薬剤師法 第24条

薬剤師は、処方せん中に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。

## 包括的事前合意プロトコルとは？

厚生労働省医政局長通知(平成 22年 4月 30日)

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  
薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

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ーについて、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

## 包括的事前合意プロトコルの目的

調剤上の**形式的な疑義照会**に事前合意することで、

- 1、保険薬局での待ち時間の短縮(患者サービスの向上)
- 2、処方医、病院薬剤部、薬局薬剤師の負担軽減
- 3、医学・薬学的ケアの充実を図る

## 包括的事前合意プロトコル運用開始病院

◆久留米大学病院

◆久留米大学医療センター

◆聖マリア病院

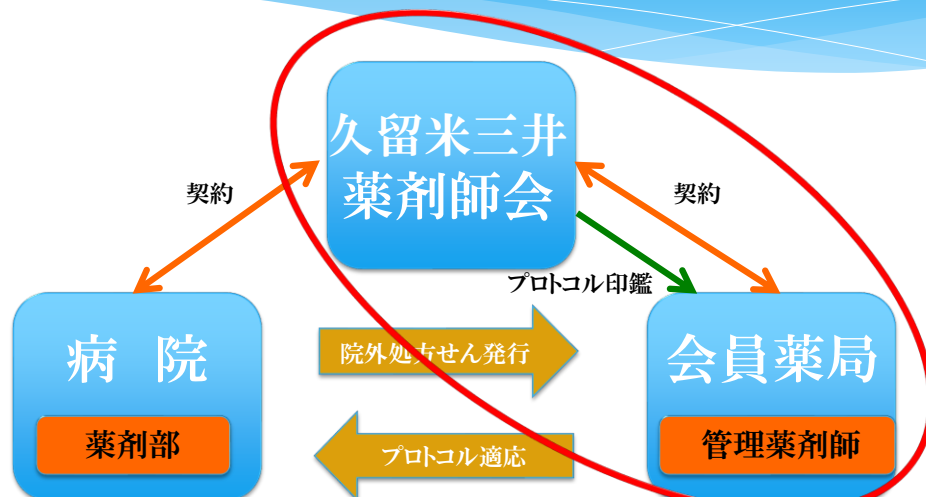
※今後、他の病院においても準備が整い次第追加される予定です

## 包括的事前合意プロトコル10項目

**\* 麻薬・抗がん剤は除く**  
**\* 今後変更になる可能性あり**

- ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
- ②内服薬の剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更  
(ワーファリン、チラーヂンSを除く)
- ④湿布薬や軟膏での包装単位変更
- ⑤残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮 (抗がん剤を除く)
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑩患者の希望等で行うエンシュア・H/ラコール/イノラス/アミノレバンなど  
成分栄養剤における味の変更

# 契約のイメージ



院外処方箋包括的事前合意プロトコル 合意書

(貴薬局控え)

・久留米大学病院 ・久留米大学医療センター ・聖マリア病院

(一社)久留米三井薬剤師会と会員薬局は、上記で選択した病院の院外処方箋における包括的事前合意プロトコル運用について、下記の通り合意する。なお、保険薬局での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。ただし、麻薬、抗がん剤については包括的事前合意プロトコル運用適応外となるため、疑義照会対応とする。

記

- 以下の場合、包括的事前合意プロトコルに基づき処方変更可能(麻薬を除く)とする。
  - ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
  - ②内服薬の剤形の変更
  - ③劣規格製剤がある場合の処方規格の変更 (ワーファリン、チラーヂンSを除く)
  - ④薬布薬や軟膏での包装単位変更
  - ⑤医薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮(抗がん剤を除く)
  - ⑥患者の希望等で片割、粉砕、混合あるいは一包化調剤
  - ⑦週1回あるいは1日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
  - ⑧請求薬機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
  - 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
  - ⑩患者の希望等で行うシニア・H/L/ローレル/イノラス/アムルバン・ENなど成分発薬剤における味の変更
- 2021年12月1日より開始とする。
- 合意の解除、内容の変更については、必要時協議を行うこととする。
- 処方変更し調剤した場合は、包括的事前合意プロトコル連絡用紙と、包括的事前合意プロトコル番号を記入した処方箋を、各保険薬局から各病院薬剤部に FAX 送信することとする。

以上

(四角) 年 月 日

住 所： 福岡県久留米市通町6-4

名 称： 一般社団法人 久留米三井薬剤師会

代 表 者 氏 名： 会長 清安 徹也 印

年 月 日

薬 局 住 所：

法 人 名 開 股 者：

薬 局 名：

管 理 薬 剤 師 氏 名： 印

2021年11月5日改訂

合意書

(薬剤師会控え)

・聖マリア病院

処方箋における包括的事前合意プロトコル運用においては、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。ただし、麻薬、抗がん剤については包括的事前合意プロトコル運用適応外となるため、疑義照会対応とする。

一社を除く)

チラーヂンSを除く)

薬剤の処方日数の適正化が異なる場合の適正化される場合の用法追記など成分発薬剤における

包括的事前合意プロトコル番号を記入する。

以上

2021年11月5日改訂

## 合意書について①

久留米三井薬剤師会ホームページ

↓

会員向け情報  
(パスワードが必要です。  
不明な方は薬剤師会事務局へお問い合わせください)

↓

「院外処方箋包括的事前合意プロトコル 合意書」  
をダウンロード

↓

・貴薬局控え  
・薬剤師会控え

↓

2枚に記入・押印の上、薬剤師会へ

※詳細は、  
「契約の流れについて」を参照ください

(調剤局控え)

**院外処方箋包括的事前合意プロトコル 合意書**

・久留米大学病院 ・久留米大学医療センター ・聖マリア病院

(一社)久留米三井薬剤師会と会員薬局は、上記で選択した病院の院外処方箋における包括的事前合意プロトコル運用について、下記の通り合意する。なお、保険薬局での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。ただし、麻薬、抗がん剤については包括的事前合意プロトコル運用適応外となるため、疑義照会対応とする。

記

1. 以下の場合、包括的事前合意プロトコルに基づき処方変更可能(麻薬を除く)とする。

- ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
- ②内服薬の剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更(ワープアリン、チラーヂンSを除く)
- ④錠布薬や軟膏での包装単位変更
- ⑤疾患調整のための内服薬・外用薬の日数短縮(抗がん剤を除く)
- ⑥患者の希望等で行う半割、粉砕、混合あるいは一包化調剤
- 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DPH-4阻害剤の処方日数の適正化
- ⑧肺炎球菌外用剤における貼付剤の合計処方箋コメントでの指示枚数が異なる場合の適正化
- ⑨外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が示されている場合の用法適配
- ⑩患者の希望等で行うコンジュアール/ラコール/イノスミア/マルパン・ENなど成分系薬剤における味の変更

2. 2021年12月1日より開始とする。

3. 合意の解除、内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

4. 処方変更し調剤した場合は、包括的事前合意プロトコル連絡用紙と、包括的事前合意プロトコル番号を記入した処方箋を、各保険薬局から各病院薬剤部に FAX 送信することとする。

以上

(西暦) 年 月 日

住 所： 福岡県久留米市通町6-4

名 称： 一般社団法人 久留米三井薬剤師会

代表者氏名： 会長 廣安 徹也 印

年 月 日

業 局 住 所：

法人名開設者：

業 務 部 長 印

管理薬剤師氏名： 印

2021年11月5日改訂

## 合意書について②

※管理薬剤師が変更になった場合は  
合意書の再提出が必要となりますので  
その点につきましては、ご注意ください

(プロトコル用印鑑の購入は不要)



## 久留米地区 包括的事前合意プロトコル連絡用紙

年 月 日

診療科	処方医
患者名	生年月日
患者ID	
処方日	年 月 日
薬局名	T E L
	F A X

包括的事前合意プロトコル番号 ※印をつけてください。重複チェック可。

- ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
- ②内服薬の剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更(ワーファリン、テラゼンSを除く)
- ④湿布薬や軟膏での包装単位変更
- ⑤医薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮 (抗がん剤を除く)
- ⑥患者の希望等で行う半割、粉砕、混合あるいは一包化調剤
- 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
- 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用法適正化
- 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適正化
- ⑩患者の希望等で行うエンスリア・H/ラコール/イラス/アミノパンなど成分変換剤における味の変更  
\* 薬薬に関しては除外となりますので疑義照会を行ってください

変更内容	変更者
上記に基づき変更いたしました。	
内容:	

変更後は、処方せんの備考欄に「包括的事前合意プロトコル番号:P-①等」を記入し、処方せんとともに、FAXしてください

0000 病院 業務係  
FAX 0000-00-0000

※処方内容は重要な個人情報です。送り先を再確認して間違いないようにFAXを送ってください

2021年 6月 1日 改訂

## 連絡用紙について

プロトコルに則り処方を変更した場合

プロトコル締結印を押印した処方せんとこの連絡用紙を処方せんと併せて発行した病院にFAXする。

ホームページに公開予定

## 処方箋への記載例(久留米大学病院・医療センター)

(再)引換券番号: 172006 処方箋

薬剤科番号 公費負担番号 老人医療 公費負担医療 の受給番号	保険者番号 被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号
ID: 999000201 (人) 呼吸器内科	〒830-0011 福岡県久留米市田代町7番地
氏名: 透野 テスト 01 男	久留米大学病院
生: 昭 50年 05月 05日 生 (45歳)	〒830-0011 福岡県久留米市田代町7番地
被保険者 国 3	電話番号 0942-33-2111(代表)
交付年月日: 2020年09月17日	処方箋の使用期限: 2020年09月20日

備考: ① 薬剤科番号(172006)に変更/薬剤師(久留米 まい子)

② 薬剤科番号(172006)に変更/薬剤師(久留米 まい子)

③ 薬剤科番号(172006)に変更/薬剤師(久留米 まい子)

(保険薬局の皆様へ)

- ・疑義照会はFAXにて対応しています。通信欄スペースに記載しFAXして下さい。
- ・薬品名の先頭に◎がついている薬剤は院内にて患者様に交付済みです。
- ・用量の単位に【原薬量】と記載している薬剤は、原薬量で処方されています。
- ・外用薬や自己注射の用法に(1日量)(1回量)と記載されている場合は、処方日数または回数を乗じた数量で交付をお願いします。

久留米大学病院 院外処方薬案内(平日8:30~17:00) TEL: 0942-31-7963 FAX: 0942-37-3408 院内処方部 → 久留米大学病院 薬剤部 TEL: 0942-31-7962 FAX: 0942-37-6146 院内管理室 → 久留米大学病院 庶務課 TEL: 0942-31-7959 FAX: 0942-37-6916	印刷日時: 2020/09/17 18:32:21 問い合わせ日: 年 月 日
通信欄 <input type="checkbox"/> 保険証の確認 <input type="checkbox"/> 用法・用量 <input type="checkbox"/> 追加薬の依頼 <input type="checkbox"/> 中止薬の確認 <input type="checkbox"/> その他	通信枚数 (本封筒含む) 枚

押印

病院長と久留米三井薬剤師会との事前合意に基づく包括的プロトコル範囲内における変更  
久留米三井薬剤師会 会員薬局

備考にプロトコル番号、  
その他必須事項を記載

## 処方箋への記載例(聖マリア病院)

処方箋		疑義照会FAX送付	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)		令和03年11月18日	
公費負担番号 81400046	保険者番号 01000019	①処方内容および薬剤師の署名欄へ事務局にFAX(0942-34-3700) 疑義内容を記入し、FAX送信をお願いします。(電話 代案: 0942-35-3322 内線2086)	
公費負担医療の 受給資格番号 333333	被保険者証 の記号・番号 丁区3 222222 (扶養)01	②保険・公費負担等の問合せは、医療事務課外発費係に電話(代案: 0942-35-3322) 代案電話番号から医療事務課外発費係への問合せをお願いします。 平日(8:30-17:00): 外発費係(内線2193, 2199)、平日時間外(17:00-翌3:30)日祝日: 救急受付(内線1191)	
患者番号 99900083	保険医療機関の 所在地及び名称 聖マリア病院 〒942-3532 総合診療部 診療科 総合診療部 診療時間 9:00-17:00	保険薬局名	送付書
患者氏名 テスト 検査 B 平成28年01月02日生	性別 女性 年齢 5歳 区分 抜乳児者	連絡先 TEL:	FAX:
交付年月日 2021年11月18日	処方箋の有効期間	送付枚数 (本状含む)	枚
処方内容 【投】アセトアミノフェン錠 200mg 1日3回 朝・昼・夕食後30分 6錠 7日分 <<以下余白>>	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	疑義内容	
処方コメント: 薬剤情報の説明をする、所名あり	備考 【投】アセトアミノフェン錠 200mg 1日3回 朝・昼・夕食後30分 6錠 7日分 <<以下余白>>	回答	
備考 備考にプロトコル番号:① R3.12.8 内容:〇〇を△△に変更/薬剤師:久留米三井薬局	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考	受領者
備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考	回答者
備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	押印	
備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	病院長と久留米三井薬剤師会との 事前合意に基づく包括的 プロトコル範囲内における変更 久留米三井薬剤師会 会員薬局	
備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	備考 備考にプロトコル番号、 その他必須事項を記載	社会医療法人 聖の聖母会 聖マリア病院 薬剤部 TEL 0942-35-3322 FAX 0942-34-3700 「院外薬局での処方箋送付」等についてのご相談は、当院にお電話しお目までお問い合わせください。	

備考にプロトコル番号、  
その他必須事項を記載

押印

病院長と久留米三井薬剤師会との  
事前合意に基づく包括的  
プロトコル範囲内における変更  
久留米三井薬剤師会 会員薬局

## 院外処方箋包括的事前合意プロトコルに関する注意事項①

### \*プロトコル合意の対象について

- ・久留米三井薬剤師会の保険薬局会員のみ(以下、「会員薬局」と明記)です。

### \*プロトコル合意書について

- ・久留米三井薬剤師会と会員薬局との合意書については貴薬局控え・薬剤師会控えに各自薬局の内容を記入押印をお願いします。
- ・合意書に関しては、管理薬剤師が現場の責任者となりますので、代表者氏名と管理薬剤師名が必要になります。

### \*プロトコル用の印鑑について

- ・プロトコル運用の際は、専用の印鑑が必要です。
- ・プロトコルに必要な印鑑は、共通の印鑑となっております。

事務局にご来館頂き印鑑のご購入をお願いします。

(各1,000円(税込)／久留米三井薬剤師会事務局の受付時間 平日9:00~17:00)

- \*郵送でご提出の場合は、必ず返信用の封筒の同封(120円切手を貼って下さい)

病院長と久留米三井薬剤師会との  
事前合意に基づく包括的  
プロトコル範囲内における変更  
久留米三井薬剤師会 会員薬局

合意書・プロトコル用の印鑑に関しては『契約の流れ』をご参照ください



## 院外処方箋包括的事前合意プロトコルに関する注意事項②

### \*プロトコル合意書について

- ・管理薬剤師が変更となった場合は、合意書については再提出が必要です。  
変更となった場合は、速やかに再提出をお願いします。(印鑑購入は初回のみ)

### \*麻薬・抗がん剤については、プロトコル適用外となります。 疑義照会に対応してください。

### \*プロトコルに基づく変更が行われた際には、早いうちに(できれば当日中に)各病院 まで連絡用紙と印を押した処方箋のFAXをお願いします。

### \*プロトコルの運用前の準備について

- ・包括的事前合意に関する基本合意事項
- ・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  
を、お読みいただきご理解の程よろしくお願ひ申し上げます。

ご理解とご協力よろしくお願ひ申し上げます