

# 無菌製剤処理における 薬局間連携、患者紹介の促進施策

---

－運用フローと注意点－

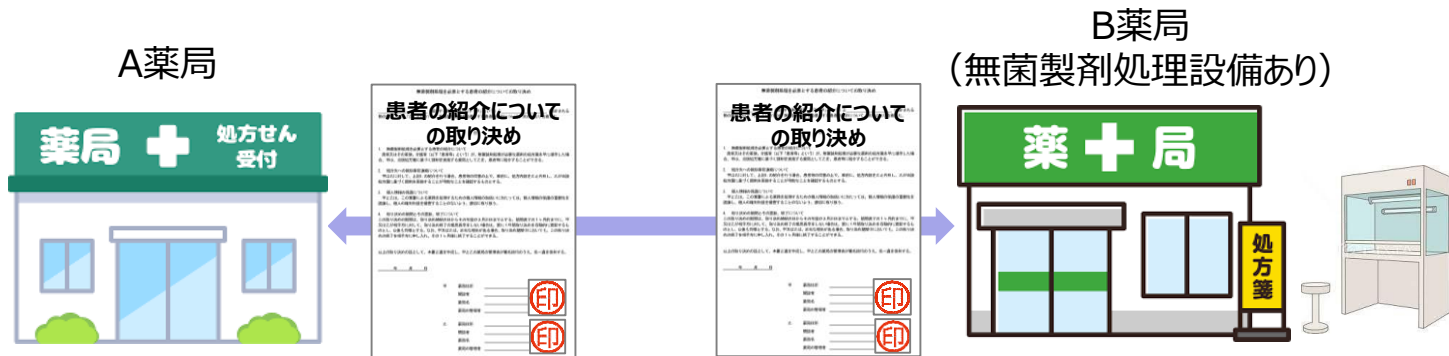
一般社団法人 日本保険薬局協会  
医療制度検討委員会

2021年9月

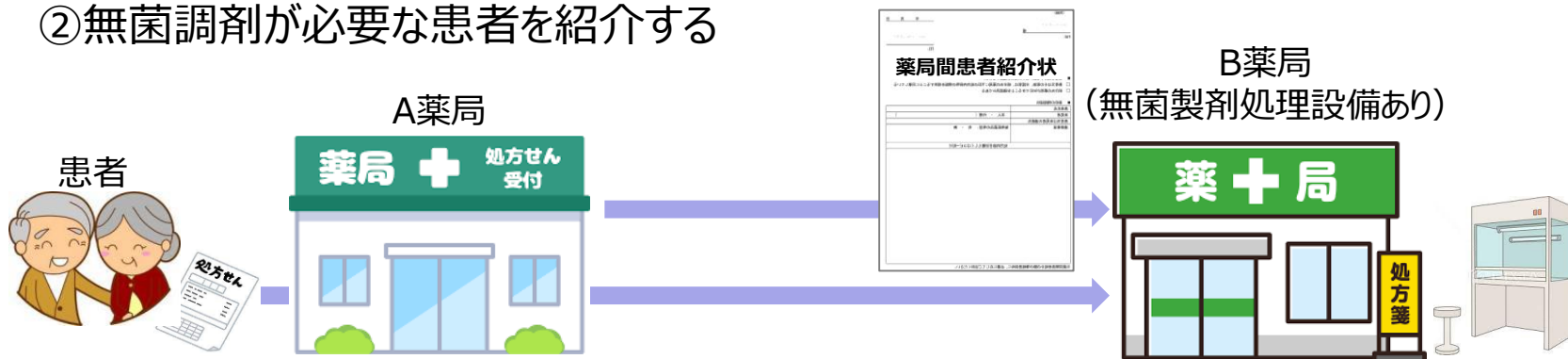
# 施策概要

患者や地域医療ニーズに対応できるよう、各地域において無菌製剤処理体制を整備する一助とするため、**無菌製剤処理が必要な患者を紹介する際の取り決め、及びその運用を定め、薬局間連携、患者紹介を促進する。**

## ①事前に患者紹介に関する取り決めを結ぶ



## ②無菌調剤が必要な患者を紹介する



患者を紹介する際に、確認すること

- 患者が、紹介先の薬局に処方内容等の情報を提供することに同意している
- 紹介先の薬局が対応できることを確認済みである

# 紹介についての取り決め内容

別紙「無菌製剤処理を必要とする患者の紹介についての取り決め」の内容を抜粋

\_\_\_\_\_（紹介する側の薬局、以下「甲」という）と\_\_\_\_\_（紹介される側の薬局、以下「乙」という）は、無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について、次のとおり合意した。

## 記

### 1. 無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について

患者又はその家族、介護者（以下「患者等」という）が、無菌製剤処理が必要な薬剤の処方箋を甲に提示した場合、**甲は、当該処方箋に基づく調剤を実施する薬局として乙を、患者等に紹介することができる。**

### 2. 紹介先への個別事前連絡について

甲は乙に対して、上記1.の紹介を行う場合、患者等の同意の上で、**事前に、処方内容を乙と共有し、乙が当該処方箋に基づく調剤を実施することが可能なことを確認する**ものとする。

### 3. 個人情報の保護について

甲と乙は、この覚書による業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、適切に取り扱う。

### 4. 取り決めの期間とその更新、終了について

この取り決めの期間は、取り決め締結の日からその年度の3月31日までとする。期間満了の1ヶ月前までに、甲又は乙が相手方に対して、取り決め終了の意思表示をしない場合は、更に1年間取り決めに自動的に更新するものとし、以後も同様とする。なお、甲又は乙は、正当な理由がある場合、取り決め期間中においても、この取り決めの終了を相手方に申し入れ、その1ヶ月後に終了することができる。

以上の取り決めの証として、**本書2通を作成し、甲と乙の薬局の管理者が署名捺印のうえ、各一通を保有する。**

# 【参考】薬局間患者紹介状

地域ですでに使用されているフォーマットがある場合は、そちらをご活用ください。

(別紙)	_____年 月 日
(紹介先の薬局名) _____様	
FAX :	(紹介する側の薬局名) _____
	TEL:
<b>薬局間患者紹介状</b>	
<p>■ 患者を紹介する際、以下の項目を確認すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者又はその家族、介護者は、紹介先の薬局に下記の処方内容等の情報を提供することに同意している</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介先の薬局が対応できることを確認済みである</p>	
<p>■ 事前の情報提供</p>	
患者氏名	
来局者	本人 ・ 代理 ( _____ )
患者又は来局者の連絡先	
連絡事項	後発医薬品の希望： 有 ・ 無
処方内容を記載もしくはコピー貼付	

# 運用フローと注意点

紹介される側の薬局の業務負担を最小限にするため、別紙「無菌製剤処理が必要な患者紹介についての取り決めフォーマット」、及びその運用に関しては、下記に示したフローに沿って実施するものとする。

1. 紹介する側の薬局（以下、甲）は、紹介される側の薬局（以下、乙）に対して、**事前に、別紙「無菌製剤処理を必要とする患者の紹介についての取り決め（以下、本取り決め）」\*の締結を依頼すること。** \*取り決めの内容は前項参照
2. 各地域において、無菌製剤処理体制を整備することを目的としているため、本取り決めが積極的に運用されることが望ましいと考えるが、乙は、**甲と乙の距離や、乙の営業時間、在庫、業務量等の薬局運営上の理由により、甲からの本取り決めの締結の依頼を断ることもできる。**
3. なお、本取り決めの締結を依頼する際は、乙の営業時間内に連絡する等、薬局運営の負担とならないよう注意し、依頼の連絡をすること。
4. 本取り決め以外の事項（共同利用等）については、必要に応じて、甲と乙が協議して別途決めること。
5. 無菌製剤処理が必要な薬剤の処方箋が甲に提示された場合、甲は、患者又はその家族、介護者（以下、患者等）に状況を説明した上で、患者等から乙に処方内容等を共有することの同意を得ること。
6. 甲は、本取り決めに締結している**乙に対して、事前に、当該処方箋に基づく調剤を実施することが可能なことを確認すること。**そのうえで、甲は、患者等に乙の薬局情報を伝え、適切に案内すること。
7. 在宅協力薬局の制度を活用する場合は、費用等に関して甲と乙の間で協議し合意の上で実施すること。
8. 甲は患者、地域における無菌製剤処理の必要性に応じて、**自局又は共同利用による体制整備も継続的に検討すること。**

## 無菌製剤処理を必要とする患者の紹介についての取り決め

\_\_\_\_\_（紹介する側の薬局、以下「甲」という）と\_\_\_\_\_（紹介される側の薬局、以下「乙」という）は、無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について、次のとおり合意した。

### 記

#### 1. 無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について

患者又はその家族、介護者（以下「患者等」という）が、無菌製剤処理が必要な薬剤の処方箋を甲に提示した場合、甲は、当該処方箋に基づく調剤を実施する薬局として乙を、患者等に紹介することができる。

#### 2. 紹介先への個別事前連絡について

甲は乙に対して、上記1.の紹介を行う場合、患者等の同意の上で、事前に、処方内容を乙と共有し、乙が当該処方箋に基づく調剤を実施することが可能なことを確認するものとする。

#### 3. 個人情報の保護について

甲と乙は、この覚書による業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、適切に取り扱う。

#### 4. 取り決めの期間とその更新、終了について

この取り決めの期間は、取り決め締結の日からその年度の3月31日までとする。期間満了の1ヶ月前までに、甲又は乙が相手方に対して、取り決め終了の意思表示をしない場合は、更に1年間取り決めに自動的に更新するものとし、以後も同様とする。なお、甲又は乙は、正当な理由がある場合、取り決め期間中においても、この取り決めの終了を相手方に申し入れ、その1ヶ月後に終了することができる。

以上の取り決めの証として、本書2通を作成し、甲と乙の薬局の管理者が署名捺印のうえ、各一通を保有する。

\_\_\_\_\_年 月 日

甲 薬局住所 \_\_\_\_\_  
開設者 \_\_\_\_\_  
薬局名 \_\_\_\_\_  
薬局の管理者 \_\_\_\_\_ (印)

乙 薬局住所 \_\_\_\_\_  
開設者 \_\_\_\_\_  
薬局名 \_\_\_\_\_  
薬局の管理者 \_\_\_\_\_ (印)

(別紙)

年 月 日

(紹介先の薬局名)

様

FAX :

(紹介する側の薬局名)

TEL :

### 薬局間患者紹介状

- 患者を紹介する際、以下の項目を確認すること。
- 患者又はその家族、介護者は、紹介先の薬局に下記の処方内容等の情報を提供することに同意している
- 紹介先の薬局が対応できることを確認済みである

#### ■ 事前の情報提供

患者氏名	
来局者	本人 ・ 代理 ( )
患者又は来局者の連絡先	
連絡事項	後発医薬品の希望： 有 ・ 無
処方内容を記載もしくはコピー貼付	

※薬局間患者紹介の際の情報提供時に、必要に応じてご活用ください。



Nippon Pharmacy Association

日本保険薬局協会