

山口大学医学部附属病院における  
医薬品安全管理業務手順書

山口大学医学部附属病院  
医薬品安全管理責任者

令和 2 年 9 月 14 日（第 8 版）  
平成 19 年 7 月 1 日（第 1 版）

## 目次

1. 医薬品の採用に関する事項
  - (1) 採用医薬品の選定
    - ① 採用可否の検討・決定
    - ② 新規採用医薬品の申請
  - (2) 採用医薬品情報の作成・提供
    - ① 採用医薬品集の作成と定期的な見直し
    - ② 既採用医薬品に関する情報提供
  - (3) 未承認新規医薬品等の使用
2. 医薬品の購入・管理に関する事項（購入～薬剤部内の管理）
  - (1) 医薬品の発注
  - (2) 在庫管理と伝票管理
  - (3) 医薬品の保管管理
    - ① 医薬品棚の配置と使用記録の作成・保管
    - ② 品質管理
    - ③ 毒薬・劇薬・ハイリスク薬管理
    - ④ 特定生物由来製品
3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項
  - (1) 処方箋への必要事項の正確な記載
  - (2) 単位等の記載方法の統一
  - (3) 処方鑑査
  - (4) 調剤業務
4. 患者に対する服薬指導に関する事項
5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い
  - (1) 医薬品情報の収集・管理
  - (2) 医薬品情報の提供
  - (3) 各部門、各職種等からの問い合わせに対する体制整備

6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理
  - (1) 保管管理
    - ①医薬品棚の配置
    - ②品質管理
  - (2) 医薬品の定数管理
  - (3) 麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理
  - (4) 病棟における処置薬（消毒薬等）の管理
  - (5) 内服薬、外用薬、注射薬の投与
  - (6) 持参薬の取り扱い手順について
7. 他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項
  - (1) 医薬品情報の提供
  - (2) 患者情報の提供（必要に応じて行う）
  - (3) 院外処方箋の発行前の内容確認・点検
  - (4) 院外処方箋に対するインシデント事例への対応
8. 輸血・輸血用血液製剤の取扱い
9. 薬剤投与のための機器使用
  - (1) 定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）
  - (2) 吸入器（ネブライザー）
10. 放射線医薬品の管理
  - (1) 放射線医薬品の発注
  - (2) 放射性医薬品の保管・管理
  - (3) 在庫品目・数量の設定
  - (4) 放射性医薬品の使用
  - (5) 放射性医薬品の廃棄
11. 臨床検査薬の管理
  - (1) 危険な薬物等の管理
12. 造影剤の管理、使用
  - (1) 造影剤の保管
  - (2) 造影剤の補充
  - (3) 造影検査の同意
  - (4) 造影剤の使用記録
  - (5) 造影剤副作用対応

13. 院内製剤の取り扱いについて
14. 未承認新規医薬品の使用及び医薬品医療機器等の適応外使用について
15. 当該手順書の遵守状況の確認

本手順書は医薬品安全管理責任者が作成し、病院全体に周知させることとする。

## 1. 医薬品の採用に関する事項

### (1) 採用医薬品の選定

#### ① 採用可否の検討・決定

- ・ 医薬品の採用にあたっては、医薬品の信頼性、安全性、有効性、必要性、供給体制について薬事委員会で審議し、採用医薬品を決定する。
- ・ 薬事委員会を定期的を開催する。
- ・ 選定にあたっては、薬事委員会規則及び「山口大学医学部附属病院における医薬品の採用・購入・削除等に関わる取扱要領」を参照。

#### ② 新規採用医薬品の申請

- ・ 診療科からの「新規医薬品常備申請書」を薬剤部D Iセンターで受け付ける。ただし、緊急で使用する必要がある薬剤については、採用区分の規定に従って「医薬品緊急購入申請書」を薬剤部D Iセンターへ提出する。「医薬品緊急購入申請書」は薬剤部長が採否を決定する。
- ・ 申請された医薬品の情報を申請医薬品の製薬会社の担当 MR より収集する。
- ・ 新規採用申請医薬品について収集した医薬品情報は、薬剤部D Iセンターにて管理する。
- ・ 後発医薬品は、先発医薬品と同等の品質に加え、情報提供、安定した流通の確保、価格などを参考に、採用する後発医薬品を選定する。

### (2) 採用医薬品情報の作成・提供

#### ① 採用医薬品集の作成と定期的な見直し

- ・ 採用医薬品集として、電子カルテ端末の医薬品情報システムおよび採用医薬品一覧を用いる。
- ・ 採用医薬品に関するオーダーリングシステムのマスタは、新規採用および削除された際に速やかに薬剤部D Iセンター、調剤室、注射調剤室でメンテナンスを行う。
- ・ 薬事委員会後、新規採用医薬品の運用開始日にあわせ、薬剤部D Iセンターで採用医薬品一覧を作成し、更新を行う。

#### ② 新規採用医薬品に関する情報提供

- ・ 新規採用医薬品の処方開始前に、全診療科・中央診療部門・病棟などへ新規採用薬および削除薬等に関する情報を薬剤部から情報提供する。

- ・外観変更等の注意喚起が必要な場合には情報提供を行う。

(3) 未承認新規医薬品等の使用

- ・「未承認新規医薬品等使用マニュアル」に従う。

(4) 医薬品の適応外等の使用

- ・「医薬品の適応外等使用マニュアル」に従う。

## 2. 医薬品の購入・管理に関する事項（購入～薬剤部内の管理）

### (1) 医薬品の発注

- ・ 医薬品の発注は、商品名、剤形、規格単位、包装単位、メーカー名を原則的にコンピュータで入力し行う。
- ・ 発注した品目等の記録を保管する。

### (2) 在庫管理と伝票管理

- ・ 薬剤部職員は発注した医薬品の検収を行う。検収時には納入品について、商品名、剤形、規格単位、数量、包装単位、メーカー名、使用期限、ロット番号、医薬品の容器包装など未開封であること、添付文書が同梱されていること等の確認を行い、納品伝票を保管する。
- ・ 薬剤部薬務担当は、規制医薬品（向精神薬、毒薬、劇薬）については受け入時に薬機法ならびに麻薬及び向精神薬取締法を遵守した受け入れ管理を行う。
- ・ 薬剤部薬務担当は、麻薬、覚醒剤原料については受け入れ時に薬機法ならびに麻薬及び向精神薬取締法、覚醒剤取締法を遵守した受け入れ管理を行う。また譲渡証の記載事項及び押印を確認し、2年間の保管を行う。
- ・ 薬剤部薬務担当は、向精神薬および特定生物由来製品については、納品書を別々に保管する。
- ・ 調剤担当、注射薬担当、製剤担当、麻薬管理担当は発注した医薬品の適正な在庫場所への配置を確認する。
- ・ 医薬品の偽造品等の不適正な医薬品の流通防止対策として、契約を締結している業者から納入する。

### (3) 医薬品の保管管理

医薬品は関係者以外が立ち入ることのできない場所に保管する。

#### ① 医薬品棚の配置と使用記録の作成・保管

- ・ 医薬品棚の配置は内服・外用・注射薬は原則薬効別とする。在庫管理や取り間違い防止に配慮して適切に配置する。

#### ② 品質管理

- ・ 定期的に有効期間・使用期限を確認する。
- ・ 有効期間・使用期限の短い医薬品から先に使用する（先入れ先出し等）。
- ・ 温度、湿度、遮光等に関する医薬品ごとの貯法に従って保管する。

- ・室内の温度管理、湿度管理、冷蔵庫の温度管理を行う。

③ 保管管理（麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬・劇薬・ハイリスク薬）

- ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬の保管は、施錠できる金庫、棚等にするなど、盗難・紛失防止措置をとり、法令を遵守した使用記録を作成・保管を行う。なお、盗難・紛失の際は、速やかに医薬品安全管理責任者に報告する。

- ・劇薬は一般薬とは別に保管し、保管場所も劇薬であることが明確に区別できるように保管する。

- ・ハイリスク薬〔抗がん剤、筋弛緩薬、インスリン製剤、高濃度カリウム注射剤、カテコラミン注射薬、免疫抑制注射薬、抗不整脈注射薬、抗てんかん注射薬、血液凝固阻止剤、経口血糖降下薬等(薬剤部イントラネットホームページに参照)〕は、ハイリスク薬であることがわかるようにして保管する。

④ 特定生物由来製品

- ・「特定生物由来製品」は、患者氏名、患者 ID 番号、使用日、医薬品名・規格、ロット番号、使用量などの使用記録を作成し、20 年間保存する。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

#### (1) 処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載

- ・記載事項：患者氏名、性別、年齢、処方年月日、処方医師名、医薬品名、剤形、規格単位、分量、用法・用量、その他の指示内容
- ・オーダリングシステムにおける誤入力の防止のため、先頭3文字入力とする。また、誤処方が多い薬剤については必要に応じ、注意コメントをオーダリングシステム上表示させる。
- ・外来処方変更時には、患者へ変更点の説明を行う。
- ・インスリンを処方する際には、インスリン指示機能を利用し使用単位で指示する。業務関連マニュアルの「医師インスリン機能」参照。インスリンを投与する際には、「リスクマネジメントマニュアル 5.インスリン の項」に従う。
- ・麻薬を処方する際には、麻薬・覚せい剤原料の管理手順書に従う。

#### (2) 単位等の記載方法の統一

- ・内服処方薬の場合は、原則として1日量を入力する。頓用の場合は1回量を入力する。
- ・軟膏などの外用薬の場合は総量を入力する。ただし、1回量が明確な場合は、1回量を入力する。
- ・注射薬の場合は、1回量と1日の実施回数を入力する。
- ・内服処方薬、注射薬ともに最小包装単位以外で処方する場合には、成分量、重量または容量などで入力する（分割できる錠剤の場合はこの限りではない）。
- ・医師の指示記録、看護記録等でも処方内容の記載方法を統一する。

#### (3) 処方鑑査

- ・処方鑑査時には以下の内容を確認する。

##### ○処方箋の記載事項の確認

- ・処方年月日、患者氏名、性別、年齢等
- ・医薬品名、剤形、規格、含量、濃度（%）等
- ・用法・用量（特に小児、高齢者）、分量

##### ○ハイリスク薬の処方鑑査について

- ・ハイリスク薬のうち抗がん剤、糖尿病薬、ワルファリンカリウムについては、調剤時・鑑査時に薬歴を確認する（抗がん剤以外は外来処方に限る）。

#### ○疑義照会

- ・処方内容に疑義がある場合には処方医への問い合わせを行い、必ず疑義が解決されてから調剤を行う。特に、適応外、禁忌等に該当する使用方法が行われることを把握した際には、必要に応じて、処方した医師に対して、処方の必要性やリスク検討の有無、処方の妥当性等を確認する。

#### (4) 調剤業務

##### ○調剤用設備・機器の保守・点検

- ・散剤、外用剤の秤量前に計量器のゼロ点調整、水平確認等を行う。
- ・秤量機器および分包機ほか調剤機器については、日常点検、定期点検を実施する。

##### ○取り間違い防止対策

- ・処方箋の記載内容に従い、誤りの無いよう正確な調剤を行う。
- ・外観類似薬は、隣り合わせで配置しない。
- ・名称類似薬がある場合は、類似薬に「名称類似薬あり」の表示を棚に行う。
- ・複数規格のある医薬品には、「複数規格あり」の表示を棚に行う。
- ・自動分包機のカセットへ医薬品を充填する際には、2名で確認して行う。
- ・注射薬調剤時には原則バーコードリーダー照合により、処方薬の正しい交付を確認する。

##### ○調剤業務に係る環境整備

- ・コンタミネーション（異物混入、他剤混入）の防止に心がけ、医薬品棚へ薬剤を戻す場合は、医薬品名と棚に表示された名称を確認して戻す。また、散剤は、秤量したものを元の容器、装置瓶には戻さない。
- ・散剤の秤量、分包時および注射薬の調製時には、調剤者が被ばくしないよう適切な器具を使用して、定められた場所で調剤、調製を行い、被曝を防止する。
- ・特に抗がん剤調剤の場合は、適切な曝露防止対策を実行する。

##### ○秤量散剤や液剤の調剤間違いの防止対策

- ・散剤および液剤の計量調剤時には、原則として各鑑査システムで薬剤のバーコードを利用して調剤する。
- ・軟膏・クリーム剤の計量調剤時には、軟膏壺に充填した医薬品が判別できるよう、外包装を薬袋に添付する。大容量製剤から調剤した場合は、その旨を処方箋に記載する。
- ・小児の場合は、調剤および鑑査時には小児用量換算等を確認し、用量の確認を行う。
- ・散剤調剤の再確認のため、総重量を計算し、薬剤重量、包装重量の確認を行う。

##### ○散剤秤量や錠剤粉碎時の適切な調剤方法の検討

- ・錠剤やカプセル剤の粉碎の可否については、各薬剤についてオーダリングシステムのマスタに設定する。
- ・散剤秤量時には賦形の可否、他剤配合の可否について確認し、「山口大学医学部附属病院薬剤部における業務マニュアル」に従い調剤を行う。
- ・吸湿性のある薬剤の粉碎等を行った場合、粉碎した薬剤は乾燥剤を入れた袋に入れ出す。

- ・錠剤を粉碎した際、遮光保存が必要な薬剤については、遮光袋に入れ払出しを行う。

#### ○注射薬の調剤

- ・原則1 施用毎にバーコードラベルを作成し、バーコードラベル・対象の注射薬を揃えて払出す。調剤方法は「山口大学医学部附属病院薬剤部における業務マニュアル」に従う。

#### ○注射薬の無菌調製

- ・クリーンベンチ、安全キャビネット、適切な着衣・器具を使用して調製する。
- ・調製前に、医薬品の容器やふたの損壊や異物混入等がないかを目視で確認する。
- ・薬剤部における抗がん剤調製は必要に応じて重量鑑査システムの運用により、誤調製を防止する。
- ・抗がん剤の調製方法は抗がん剤調製マニュアルを参照。
- ・抗がん剤調製の場合は、曝露防止対策を実行する（抗がん剤調製マニュアルを参照）。万が一曝露した場合には、抗がん剤曝露時のフローチャートに従う。

#### ○調剤薬の鑑査

- ・原則として、調剤者以外が鑑査を行う。調剤者以外の者がいない場合は、時間をおいて確認する。確認方法については山口大学医学部附属病院薬剤部における業務マニュアル参照。

#### ○麻薬の払出し

- ・原則として処方箋ごとの払出しとする（手術部、集中治療部、救命救急センター、小児科の麻薬配置薬使用分は除く）。

#### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

- ・患者誤認防止のため、患者氏名を確認し、処方箋、薬袋等の患者氏名と照合した上で交付する。
- ・患者に薬効、用法・用量、副作用等について情報を提供する。
- ・処方変更時は、変更内容を患者に説明する。
- ・自動車の運転、機械の操作、高所作業等危険を伴う作業にあたって注意が必要な薬剤および転倒のリスク（服薬による眠気、筋力低下、意識消失など）がある薬剤が処方されている場合、必要に応じて指導を行う。
- ・使用する医療機器、医療材料などの使用方法、注意点等について患者本人、必要に応じて家族への指導を行う。
- ・その他服用に当たっての留意点（注意すべき他の医薬品や食物との相互作用、保管方法等）があれば、情報を提供する。
- ・患者の理解度を確認し、患者に合わせた指導を行う。
- ・担当薬剤師は、担当患者にハイリスク薬が処方された場合には、処方内容を確認し、必要に応じて患者へ説明・指導を行う。また、必要に応じて医師・看護師等へ必要な検査・注意すべき観察事項などを伝え情報共有を図る。上記内容を薬剤管理指導記録へ記載する。

## 5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い

### (1) 医薬品情報の収集・評価・管理

- ・ 医薬品情報の管理部門及び担当者は、薬剤部D Iセンターとする。
- ・ 薬剤部D Iセンターは、院内における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。)を把握し、定期的な院内採用薬品の適正化のために利用する。
- ・ 薬剤部D Iセンターは、院内で発生した薬剤関連のインシデントを一元的に管理、評価し、必要に応じて適切な対策を講じる。
- ・ 医薬品等安全性関連情報・添付文書・インタビューフォーム等の収集・管理、緊急安全性情報・禁忌、相互作用、副作用、使用上の注意、未承認医薬品の使用の安全性管理に係る情報、適応外使用時の安全性管理に係る情報、回収情報、他の施設でのヒヤリハット、インシデントの情報等の評価、管理、情報提供は薬剤部D Iセンターが行う。
- ・ 採用医薬品一覧等の作成・定期的な更新を行う。
- ・ 医師は医薬品による副作用等の発生を察知した場合は 薬剤部D Iセンターへ報告する。副作用に関する広報事務は、薬剤部D Iセンターが担当する。
- ・ 病棟専任薬剤師と定期的なカンファレンスを行い、各病棟での問題点などの情報を共有する。
- ・ 医薬品安全管理責任者は薬剤部に対して、医薬品の適応外使用、禁忌に該当する使用（以下、未承認等の医薬品の使用）に対する情報収集を行わせる。
- ・ 薬剤部は上記未承認等の医薬品の使用を把握した際には、必要に応じて処方した医師に対して処方の必要性やリスク検討の有無、処方の妥当性等を確認し、指導を行う。
- ・ 医薬品安全管理責任者は、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関して、別に定める未承認新規医薬品等の使用に関する規則に従い、使用申請を提出させ、使用の可否を審議するとともに、使用状況を把握し、医療従事者に規定を遵守させる。

### (2) 医薬品情報の提供

#### ○迅速な対応が必要な情報の提供

- ・ 薬剤部D Iセンターは緊急安全性情報および安全性速報等迅速な対応が必要な情報を入手した場合、各部門、各職種への迅速な提供を行う。緊急安全性情報、安全性速報が発出された場合、病院全体へ周知するとともに、電子カルテ情報、薬剤管理指導記録等から当該薬品の使用患者と処方医師を特定し、発出された緊急安全性情報について当該患者の担当医師へ周知する。また、必要に応じて医療の質・安全管理委員会への報告を行う。医薬品安全管理責任者は、当該医薬品の採用取り消し等の対策が必要と判断した場合は、薬事委員会へ採用取り消し等の諮問を行う。

#### ○新規採用医薬品に関する情報提供

- ・ 各部門、各職種へ、取り扱いに関する情報の速やかな提供を行う。
- ・ 院外処方が可能な薬剤を採用する場合は、地域薬剤師会等への周知を行う。
- ・ ハイリスク薬に該当する医薬品を採用した際には、新規採用薬のお知らせとして医薬品の注意事項に加えて、ハイリスク薬であることを明記して院内へ周知する。
- ・ 薬剤部イントラネットホームページに、当院採用のハイリスク薬の一覧を掲示する。

#### ○製薬企業等からの情報

- ・ 以下の情報を受けた場合、薬剤部D Iセンターで適切に管理し、必要に応じ各部門、各職種への情報の提供を行う。製薬企業の自主回収及び行政からの回収命令、販売中止、包装変更、その他医薬品の使用時に注意すべき情報等

#### ○その他の医薬品の安全使用に係る情報

- ・ 院内広報誌（DI EXPRESS、その他印刷物等）を作成し、院内へ配布するとともに、メールも発信する。
- ・ 病棟専任薬剤師と薬剤部D Iセンターは、カンファレンスやプレアボイド報告等で病棟での問題点等の情報を共有する。D Iセンターは病棟薬剤業務の実施に必要と思われる情報を提供する。
- ・ 薬剤部D Iセンターから発出された医薬品安全性情報等の医薬品情報はいつでも参照可能なようにイントラネット上に公開する。

#### (3) 各部門、各職種等からの問い合わせに対する体制整備

##### ○各部門、各職種からの医薬品に関する問い合わせに対応する体制の整備

- ・ 薬剤部D Iセンターにて医薬品に関する情報を管理し、医薬品に関する問い合わせに対応できるようにする。

## 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

病棟、中央診療部門、外来における配置薬はそれぞれ病棟医長、病棟看護師長、各部門の長たる医師、師長、外来医長、外来看護師長の責任のもとで管理を行う。配置する医薬品の選定においては各医長、師長の合議で決定し、規程の書式をもって薬剤部に申請する。申請理由等を確認し、医薬品安全管理責任者の許可のもとで配置する。医薬品は関係者以外立ち入ることができない場所に保管する。

### (1) 保管管理

#### ① 医薬品棚の配置

- ・ 薬品棚に名称、規格の表示をする。

#### ② 品質管理

- ・ 定期的に有効期間・使用期限の確認を行う。
- ・ 有効期間・使用期限の短い医薬品から先に使用する（先入れ先出し等）。
- ・ 医薬品ごとの貯法にしたがって保管する（凍結防止など）。

### (2) 医薬品の定数管理

#### ○ 適正な配置品目・数量の設定

- ・ 規制医薬品及び特に安全管理が必要な医薬品については必要最小量に設定する。
- ・ 抗悪性腫瘍薬は定数配置しない。
- ・ 覚醒剤原料は定数配置しない。
- ・ 一般病棟において、高濃度カリウム注射剤を定数配置しない。

#### ○ 参照可能な使用記録の作成

- ・ 使用日、使用した患者氏名、医薬品名、使用数量を記録する。記録は記録後定期的な確認が終了するまでの間保管する。

#### ○ 在庫数の定期的な確認

- ・ 在庫数や使用期限の確認・記録等を、病棟は月 1 回以上、外来および中央診療部は年 1 回以上実施する。記録は、記録後 1 年間保管する。

#### ○ 病棟で使用される医薬品の品目・数量の定期的な見直し

- ・ 使用実績、必要性からの定期的見直しを行う。

#### ○ 救急カートの医薬品について

- ・救急カートの取り扱いについては、リスクマネジメントマニュアル参照。

### (3) 麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理

#### ○麻薬の管理

- ・麻薬・覚せい剤原料の管理手順書に従って管理する。
- ・麻薬専用の施錠できる重量金庫に保管し、鍵は厳重に管理する。麻薬金庫には他の医薬品や物品を一緒に入れてはいけない。
- ・麻薬の定数配置がある場合は、在庫の定期的な確認・記録を行う。
- ・患者個人へ処方された薬剤を病棟で管理する場合も、同様に麻薬金庫に保管・管理する。ただし、自己服薬管理基準に従って評価し、自己管理可能と考えられる場合は、レスキュー薬など最小限の量を患者のベッドサイドで自己管理とすることができる。この場合施錠保管は必要ない。自己管理分は定期的に確認し、使用した記録を電子カルテに記載する。

#### ○覚醒剤原料(セレギリン塩酸塩製剤：エフピー®OD錠 2.5)の管理

- ・麻薬・覚せい剤原料の管理手順書に従って管理する。
- ・患者個人へ処方された覚醒剤原料は、患者が自己管理して良い。病棟で管理する場合には、施錠できる金庫（麻薬金庫は不可）や棚等に他の薬剤と区別して保管し、定期的な残量確認を行うなど盗難・紛失防止措置をとらなければならない。また、病棟管理の場合、薬袋から覚醒剤原料を取り出すたびに、取り出した数量と薬袋内にある数量を確認し与薬記録票に記載する。なお、盗難・紛失の際は、速やかに医薬品安全管理責任者および医療の質・安全管理部に報告する。

#### ○向精神薬の管理

- ・定数配置する場合は、施錠できる金庫、棚等に保管するなど、盗難・紛失防止措置をとる。
- ・在庫の定期的な確認・記録をする。なお、盗難・紛失の際は、速やかに医薬品安全管理責任者に報告する（様式1）。

#### ○毒薬・劇薬・ハイリスク薬の定数管理

- ・毒薬は鍵をかけられる棚、金庫などに保管する。
- ・劇薬は一般薬とは別に保管し、保管場所も劇薬であることが明確に区別できるように保管する。
- ・ハイリスク薬はハイリスク薬であることがわかるように「ハイリスク」のラベルを表示する。
- ・サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤を取り扱う際は、薬剤部ホームページに定める「レブラミド・サレド・ポマリストの管理方法」を確認すること。

### (4) 病棟における処置薬（消毒薬等）の管理

○消毒薬（原液）の誤飲防止対策

- ・患者の手の届く場所に保管しない。

○注射薬、吸入薬との取り間違い防止対策

- ・消毒薬と滅菌精製水の容器の類似を避ける。
- ・消毒薬を他容器に移し替えて保管しない。
- ・吸入薬に使用の注射器は赤色とし、注射薬使用の注射器とは区別する（リスクマネジメントマニュアル参照）。

(5) 内服薬、外用薬、注射薬の投与

- ・患者への内服薬および外用薬の与薬は「リスクマネジメントマニュアル 4.内服の項」に従って行う。
- ・患者への注射薬の投与は「リスクマネジメントマニュアル 3.点滴・注射の項」に従って行う。
- ・調製前に、医薬品の容器やふたの損壊や異物混入等がないかを目視で確認する。

(6) 持参薬の取り扱い

- ・主治医は入院時の持参薬の継続使用または、院内採用薬への変更について判断する。  
持参薬の取り扱い手順については、持参薬運用マニュアルを参照する。

## 7. 他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項

### (1) 医薬品情報の提供

- ・ 使用している医薬品の名称、剤形、規格、用法、用量など

### (2) 患者情報の提供（必要に応じて行う）

- ・ 検査値、アレルギー歴、副作用歴、禁忌医薬品等、コンプライアンスの状況等

### (3) 院外処方箋の発行前の内容確認・点検

- ・ 院外処方箋を発行する医師は処方箋の内容を確認して発行する

## 8. 輸血・輸血用血液製剤の取扱い

- ・ 本院における輸血検査の実施および輸血用血液製剤の管理・供給等に関するあらゆる業務は、輸血部がこれらを一元的に担当する。
- ・ 輸血部は、輸血療法委員会の活動と協同して、院内の適正で安全な輸血療法実施に寄与する。輸血療法委員会は、輸血部長を委員長として定期的に年間 6 回、また必要に応じ臨時に開催される。
- ・ 輸血部は、輸血検査の円滑な運用実施について、検査部スタッフと協力しこれにあたる。
- ・ 輸血部は、特定生物由来製品である血漿分画製剤の適正な使用管理について、薬剤部スタッフと協力してこれにあたる。
- ・ 本院の輸血療法は、厚生労働省発の『輸血療法の実施に関する指針』と『血液製剤の使用指針』（いずれも平成 29 年度改訂）、さらにこれらに準拠する本院の『輸血療法マニュアル』に則って実施される。

## 9. 薬剤投与のための機器使用

### (1) 定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）

- ・ 定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）は、投与速度に変動が起こると危険な医薬品を一定の速度で投与するために用いられる。したがって、定量ポンプは操作を誤ると、患者への薬剤の大量投与や閉塞など重大な事故につながる可能性が高い。定量ポンプの使用に当たっては、作業者はその危険性を認識し、操作方法を熟知する必要がある。

#### ○定量ポンプの使用

- ・ 投与速度を正確に管理する必要のある医薬品については、輸液ポンプやシリンジポンプなどを活用する。

#### ○設置時の確認

- ・ コンセントの差し込み、スタンドの転倒に注意する。
- ・ シリンジポンプはサイフォニング現象防止のため、押し子のセットは確実に行う。また、シリンジポンプは患者と同じ高さにし、複数台使用する場合でも落差は最小限にする。

#### ○機器の設定・確認

- ・ 輸液ポンプは使用する輸液セットを機器へ確実に設定する。
- ・ シリンジポンプは使用するシリンジサイズが正確に検知されていることを確認する。

#### ○日常点検、定期点検

- ・ ラインやシリンジの劣化に注意する。
- ・ 定期的な動作確認
- ・ バッテリー充電

#### ○定量ポンプの管理

- ・ 定量ポンプは **ME** 機器センターで一括して管理する。
- ・ 日常点検は病棟でも行わなければならない事項であるが、定期点検（6 か月毎）については **ME** 機器センターが責任を持って行い、管理する。
- ・ 病棟で使用中止になった定量ポンプは、**ME** 機器センターへ返却する。

### (2) 吸入器（ネブライザー）

#### ○吸入器の使用

- ・医薬品の特性、副作用、使用方法、使用禁忌、使用上の注意点等を理解した上で使用する。

○希釈液の取り違い対策

- ・取り違いを防止するため、注射薬や点滴の調製業務と同時に行わない。
- ・使用するトレイやラベル、注射器等も、注射薬や点滴と異なる色や形状を用いる。

## 10. 放射性医薬品の管理

### (1) 放射性医薬品の発注

- ・放射性医薬品の発注及び管理は放射線管理室で行う。
- ・発注した放射性医薬品の記録を保管する。(5年間)

### (2) 放射性医薬品の保管・管理

- ・放射性医薬品の適切な保管場所(遮蔽・冷蔵・冷凍等)への配置を行う。
- ・有効期間内に使用する。
- ・定期的に有効期限・使用期限の確認を行う。

### (3) 在庫品目・数量の設定

- ・必要最小限に設定する。

### (4) 放射性医薬品の使用

- ・確実な確認(運搬用の鉛筒に記載された薬品名の確認)。
- ・放射性医薬品の使用・取扱いは放射線業務従事者のみが行う。
- ・放射線業務従事者は放射線取扱に関する諸規定を厳守する。
- ・被ばく・汚染に十分に留意し取り扱う。
- ・被ばく・汚染が発生したり、発生するおそれのある場合、放射線取扱に関する規定に基づき対処する。
- ・使用日・使用者氏名・使用放射性医薬品・使用数量・使用した患者氏名を記録し保管する(5年間)。
- ・使用数量は1日最大使用数量・3ヶ月最大使用数量・年間最大使用数量以下とする。

### (5) 放射性医薬品の廃棄

- ・放射性医薬品の廃棄は廃棄業者に引き渡す。
- ・廃棄の記録を保管する(5年間)。

## 11. 臨床検査薬の管理

### (1) 危険な薬物等の管理

- ・「医薬用外毒物使用簿」「医薬用外劇物使用簿」を使用して管理し、検査部毒劇物保管庫に施錠保管する。
- ・引火性物質は、検査室内の所定のエリアに保管、管理する。
- ・万一危険な薬品等の被ばく時には、水道水または滅菌生理食塩水による洗浄、洗眼等を行う。全身に及ぶ場合は、シャワーを使用する。適宜院内の診療科を受診する。
- ・洗浄場所は各検査室設置の手洗い、及びシャワーとする。

## 12. 造影剤の管理、使用

### (1) 造影剤の保管

- ・造影剤はその種類・用量毎に、使用する各検査室及び放射線部準備室で保管する。

### (2) 造影剤の補充

- ・各検査室にて補充量を把握し必要量を薬剤請求システムに入力、数日以内に薬剤部より補充する。

### (3) 造影検査の同意

- ・造影検査の同意書は、検査ごとに患者が署名（患者が心身上の都合で不可能な場合、家族が署名）する。同意書は、患者用を患者本人が保管し、放射線部受付へ提出する。カルテ用同意書をスキャナーで取り込み電子カルテに保存した後、患者ファイルに入れ診療録センターで管理する。

### (4) 造影剤の使用記録

- ・検査に使用した造影剤は使用薬剤名、使用量、副作用が発生した場合にはロット番号を記録・保存する。

### (5) 造影剤副作用対応

- ・造影剤副作用への対処は「リスクマネジメントマニュアル」参照。

### 13. 院内製剤の取り扱いについて

院内製剤は、「薬剤部利用の手引き・院内製剤の取り扱いについて」に従って取り扱う。

なお、院内製剤は以下のクラスに分類する。

#### 院内製剤のクラス分類

分類	詳細
クラスⅠ	① 医薬品医療機器等法で承認された医薬品またはこれらを原料として調製した製剤を、治療・診断目的で、医薬品医療機器等法の承認範囲(効能・効果、用法・用量)外で使用する場合であって人体への侵襲性が大きいと考えられるもの ② 試薬、生体成分(血清、血小板等)、医薬品医療機器等法で承認されていない成分、またはこれらを原料として調製した製剤を治療・診断目的で使用する場合(患者本人の原料を加工して本人に適用する場合に限る)
クラスⅡ	① 医薬品医療機器等法で承認された医薬品またはこれらを原料として調製した製剤を、治療・診断目的として医薬品医療機器等法の承認範囲(効能・効果、用法・用量)外で使用する場合であって、人体への侵襲性が比較的軽微なもの ② 試薬や医薬品でないものを原料として調製した製剤のうち、ヒトを対象とするが、治療・診断目的でないもの
クラスⅢ	① 医薬品医療機器等法で承認された医薬品を原料として調製した製剤を、治療を目的として、医薬品医療機器等法の承認範囲(効能・効果、用法・用量)内で使用する場合 ② 試薬や医薬品でないものを原料として調製した製剤であるが、ヒトを対象としないもの

クラス分類は院内製剤の調製及び使用に関する指針(Version1.0)  
平成 24 年 7 月 31 日一般社団法人日本病院薬剤師会に準拠した

#### 14. 未承認新規医薬品の使用及び医薬品の禁忌・適応外使用について

「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律（以下、薬機法）の承認を受けていない医薬品」（以下、未承認新規医薬品等）を用いる場合は、別に定める「未承認新規医薬品等使用マニュアル」に従って取り扱う。

薬機法における承認又は認証を受けている医薬品について、承認若しくは認証と異なる使用又は禁忌に該当する使用を行う場合は、別に定める「医薬品の適応外等使用マニュアル」に従って取り扱う。

## 15. 当該手順書の遵守状況の確認

各部署において、当該手順書に基づき業務が実施されているか定期的（1回/年）に確認し、確認内容を医薬品安全管理責任者へ報告する。

## 向精神薬紛失報告書

年 月 日

医薬品安全管理責任者殿

報告者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

下記の通り、向精神薬紛失事例が発生しましたので報告します。

発生年月日：           年       月       日	発生場所：
向精神薬名：	紛失数量：
事例の経緯	
原因	
対策	
備考	

手順書改訂経過

版	改訂事項	委員会承認日	会議報告日	施行日
初版	作成	2007年		2007年6月25日
第2版	病棟薬剤業務実施（2014.9月）に伴う改定	2015年 7月13日	2015年 7月13日	2015年 7月13日
第3版	特定機能病院承認要件見直し（2016.6月）に伴う改定	2017年 2月20日	2017年 2月20日	2017年 2月21日
第4版	特定機能病院承認要件見直し（2016.6月）に伴う改定	2018年 2月19日	2018年 2月19日	2018年 2月20日
第5版	内容の見直し	2018年 9月10日	2018年 9月19日	2018年 9月19日
第6版	医薬品の使用前の確認方法を追記	2019年 1月21日	2019年 1月23日	2019年 1月21日
第7版	内容の見直し	2019年 9月9日	2019年 9月18日	2019年 9月18日
第8版	内容の見直し	2020年 9月14日	2020年 9月23日	2020年 9月23日

## 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト(病棟)

部署名： \_\_\_\_\_

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載  
  ・単位等の記載方法の統一

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

はい いいえ

### 6. 病棟、中央診療部門における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理  
  ・医薬品の定数管理  
  ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理  
  ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理  
  ・内服薬、外用薬、注射薬の投与  
  ・持参薬の取り扱い

### 9. 薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

- ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）  
  ・吸入器（ネブライザー）

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意  
  ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者： 看護師長 氏名

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

# 医薬品安全管理業務手順書

## 遵守状況チェックリスト(外来診療科)

部署名： \_\_\_\_\_

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載  
  ・単位等の記載方法の統一

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

はい いいえ

### 5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い

はい いいえ

- ・医薬品情報の収集・管理（副作用報告）

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・内服薬、外用薬、注射薬の投与

### 7. 他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項

はい いいえ

- ・医薬品情報の提供  
  ・患者情報の提供（必要に応じて行う）  
  ・院外処方箋発行前の内容確認・点検

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意  
  ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

医薬品安全管理責任者  
確認欄

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

# 医薬品安全管理業務手順書

## 遵守状況チェックリスト(薬剤部)

部署名： 薬剤部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 1. 医薬品の採用・購入に関する事項

はい いいえ

- ・採用医薬品の選定
- ・採用医薬品情報の作成

### 2. 医薬品の管理に関する事項（購入～薬剤部内の管理）

はい いいえ

- ・医薬品の発注
- ・在庫管理と伝票管理
- ・医薬品の保管管理

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方鑑査
- ・疑義照会
- ・調剤用設備・機器の保守・点検
- ・取り間違い防止対策
- ・調剤業務に係る環境整備
- ・秤量散剤や液剤の調剤間違い防止対策
- ・注射薬の無菌調製
- ・調剤薬の鑑査

### 5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い

はい いいえ

- ・医薬品情報の収集・評価・管理
- ・医薬品情報の提供（新採用医薬品に関する情報、医薬品の安全使用に係る情報）
- ・各部門、各職種等からの問い合わせに対する体制

### 13. 院内製剤の取り扱いについて

はい いいえ

- ・新規院内製剤の調製、調剤

### 14. 未承認新規医薬品の使用及び医薬品等の適応外使用について

はい いいえ

- ・医薬品の適応外使用への対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

- 改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日

# 医薬品安全管理業務手順書

## 遵守状況チェックリスト

部署名： 放射線部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項（造影剤について）

はい いいえ

### 6. 病棟、中央診療部門における医薬品の管理（救急カート）

はい いいえ

- ・保管管理  
  ・医薬品の定数管理  
  ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理  
  ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理  
  ・内服薬、外用薬、注射薬の投与

### 10. 放射性医薬品の管理

はい いいえ

- ・放射性医薬品の発注  
  ・放射性医薬品の保管・管理  
  ・在庫品目・数量の設定  
  ・放射性医薬品の使用  
  ・放射性医薬品の廃棄

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影剤の保管  
  ・造影剤の補充  
  ・造影検査の同意  
  ・造影剤の使用記録  
  ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

医薬品安全管理責任者  
確認欄

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

確認日： 年 月 日

# 医薬品安全管理業務手順書

## 遵守状況チェックリスト

部署名： 集中治療部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載
- ・単位等の記載方法の統一

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

はい いいえ

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理
- ・医薬品の定数管理
- ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理
- ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理
- ・内服薬、外用薬、注射薬の投与
- ・持参薬の取り扱い

### 9. 薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

- ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）
- ・吸入器（ネブライザー）

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意
- ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

医薬品安全管理責任者  
確認欄

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

確認日： 年 月 日

# 医薬品安全管理業務手順書

## 遵守状況チェックリスト

部署名： 救命救急センター

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載
- ・単位等の記載方法の統一

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

はい いいえ

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理
- ・医薬品の定数管理
- ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理
- ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理
- ・内服薬、外用薬、注射薬の投与
- ・持参薬の取り扱い

### 9. 薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

- ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）
- ・吸入器（ネブライザー）

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意
- ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

医薬品安全管理責任者  
確認欄

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

確認日： 年 月 日

## 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： 手術部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載  
  ・単位等の記載方法の統一

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理  
  ・医薬品の定数管理  
  ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理  
  ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理

### 9. 薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

- ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意  
  ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

- 改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日

# 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： 検査診療部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項

はい いいえ

- ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載  
  ・単位等の記載方法の統一

### 4. 患者に対する服薬指導に関する事項

はい いいえ

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理  
  ・医薬品の定数管理  
  ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理  
  ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理  
  ・内服薬、外用薬、注射薬の投与

### 9. 薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

- ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）  
  ・吸入器（ネブライザー）

### 12. 造影剤の管理、使用

はい いいえ

- ・造影検査の同意  
  ・造影剤副作用対応

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

### ●改善のための対策と状況

医薬品安全管理責任者  
確認欄

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

確認日： 年 月 日

# 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： 血液浄化療法室

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

3. 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項  
はい いいえ  
  ・処方箋（指示簿）への必要事項の正確な記載  
  ・単位等の記載方法の統一
4. 患者に対する服薬指導に関する事項  
はい いいえ
6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理  
はい いいえ  
  ・保管管理  
  ・医薬品の定数管理  
  ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理  
  ・病棟における処置薬（消毒薬等）の管理  
  ・内服薬、外用薬、注射薬の投与
9. 薬剤投与のための機器使用  
はい いいえ  
  ・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日

## 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： ME 機器センター

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 9.薬剤投与のための機器使用

はい いいえ

・定量ポンプ（シリンジポンプ、輸液ポンプ）

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日

## 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： 検査部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理
- ・医薬品の定数管理
- ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理

### 11. 臨床検査薬の管理

- ・危険な薬物等の管理

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

- 改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日

## 医薬品安全管理業務手順書 遵守状況チェックリスト

部署名： 輸血部

年 月 日

遵守できている場合には「はい」 遵守できていない場合には「いいえ」にチェックしてください。

### 6. 病棟、中央診療部門、外来における医薬品の管理

はい いいえ

- ・保管管理
- ・医薬品の定数管理
- ・麻薬、覚醒剤原料、向精神薬、毒薬等の管理

### 8. 輸血・輸血用血液製剤の取扱い

※各項目番号は医薬品安全管理業務手順書の項目番号を示しています。

上記項目が遵守されていることを確認しました。

実施者：職名： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

「いいえ」にチェックがある場合には以下に記載をお願いします。

●改善のための対策と状況

チェック実施後に薬剤部 DI センターへご提出ください。

医薬品安全管理責任者  
確認欄

確認日： 年 月 日