



ご利用にあたって

- 「安全情報」は医療・福祉関係の方に向けて発信したものです。一般の方に向けた内容ではございませんのでご注意ください。
- 内容は、いずれも発行日時点のものです。常に最新の情報をご確認ください。



医薬品の充填ミスは重大事故の連鎖へ ～間違えない仕組みを徹底しましょう～

今回、錠剤分包機にバラ錠剤を補充するときに、誤って異なる錠剤を充填し、気づかれないまま複数の患者へ誤って投薬される事故が報告されました。このケースでは充填ミスに1週間以上経過してから監査担当薬剤師の点検で判明しました。

錠剤分包機へのバラ錠剤の補充や散薬瓶への補充などでは、一度充填ミスが発生すると気づくまでに時間がかかり多くの患者様への誤投薬になりかねません。

充填ミスを起こさないための多重の事故防止システムを職場に根づかせましょう

ある県連で8箇所の病院・保険薬局で以下について緊急に調査したところ、ダブルチェックは複数薬剤師のいる施設では実施されていましたが、小規模施設では実施されていませんでした。

また、充填マニュアルの整備は半数にとどまり、充填記録は1箇所のみでしか実施されていませんでした。

以上のことから、充填ミスを一度引き起こすと取り返しのつかない事故につながりかねず、さらに多くの患者に危険性が及ぶという重大事故としての認識をきっちりもち、充填ミスを起こさない仕組みとマニュアルの整備を急ぎましょう！確実に実施できる最低限の安全対策を急ぎましょう。

1. 充填補充は、ダブルチェックを徹底して下さい。

複数の薬剤師あるいは薬剤師と他の職種

*** 充填は薬剤師が実施すること**

充填するロータカセット・散薬瓶と充填する製品の確認

2. 充填補充は、記録を徹底して下さい。

*** 記録することが安全確認になります。**

☆ 充填業務を安全に実施するために、余裕のある時間帯に実施することや、複数の薬剤師のいる時間帯など職場の流れも見直しを

☆ 充填する行為ができるだけ生じない取り組みも検討を
散剤ではボトル包装購入で充填作業回避など