



# 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。



## ① 錠剤分包機への誤充填トラブル多発 ～安全確保の総点検を～

安全情報 NO. 27「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～」を2007年6月理事会で発信しています。

残念ながら、錠剤分包機への誤充填事例が再度報告されました。

今回の事例は、バラ製品を誤充填した事例と、誤分包品の再利用に伴い誤充填した事例でした。

いずれも、充填作業のマニュアル整備、記録などの不備がありました。

錠剤分包機へのバラ錠剤の補充では、一度充填ミスが発生すると気づくまでに時間がかかった場合、多くの患者さんへの誤投薬になりかねません。誤投薬を引き起こさないために、安全確保の総点検を実施し、充填ミスを起こさないための多重の事故防止システムが「確保できているか」「機能しているか」を確認・点検しましょう！

**1. 錠剤分包器の補充作業は、複数でダブルチェックを。**

\* 充填するロータリーセットと充填する製品の確認を！

**2. 充填補充は、記録を徹底して下さい。**

\* 事故発生時の緊急対応に必要です。

☆充填業務を安全に実施するために、余裕のある時間帯、複数の薬剤師のいる時間帯に行うなど、業務の流れの見直しをすすめましょう

**3. 誤分包品の再利用は事故要因となりやすく、再利用そのものをしないことをお勧めします。**