

全自動錠剤包装機への 薬剤充填時の注意点

平成23年4月 日本薬剤師会

調剤に関する事例の概要

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

平成21年 年報(平成22年10月5日公表)より

発生場面	事例の内容	件数	発生場面	事例の内容	件数
調剤	調剤忘れ	102	管理	充填間違い	4
	処方せん鑑査間違い	35		異物混入	1
	秤量間違い	20		期限切れ	2
	数量間違い	590		その他(管理)	3
	分包間違い	71	交付	患者間違い	7
	規格・剤形間違い	216		説明間違い	6
	薬剤取違え	181		交付忘れ	10
	説明文書の取違え	6		その他(交付)	6
	分包紙の情報間違い	8	合 計		1,343
	薬袋の記載間違い	40			
	その他(調剤)	35			

報告事例

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

平成21年 年報(平成22年10月5日公表)より

疑義照会

事例の内容

錠剤自動分包機にて一包化。アマリール錠 3 mg を分包していたが、途中で錠剤自動分包機カセット内のアマリール錠 3 mg の在庫が不足したために補充した。そのときに、誤ってアマリール錠 3 mg のカセットにアマリール錠 1 mg を補充し、そのまま分包してしまった。きちんと分包されているか確認をしたのだが、数を確認したのみで、途中で入れ変わったことに気付かなかった。翌日、医薬品をカセット内に補充する際 アマリール錠 3 mg のカセットにアマリール錠 1 mg が入っていたため、間違いに気づいた。42日分中6日分間違っってアマリール錠 1 mg を分包した。

報告事例

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

平成21年 年報(平成22年10月5日公表)より

疑義照会

背景・要因

繁忙な時間だったため、誤って補充してしまった。通常は補充した場合は、補充した医薬品名、数量、補充した薬剤師氏名、医薬品名などを記録し、確認をしているが、忙しかったため、確認記録を怠った。分包後の鑑査も、違う薬が入っていないか確認しているつもりだったが、見落としてしまった。

薬局が考えた改善策

途中で錠剤自動分包機に補充した場合は、そのシートの殻を調剤トレイに入れておき、間違いなく充填されているかを確認する。

その他の事情

特記事項なし。

報告事例

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

平成21年 年報(平成22年10月5日公表)より

充填間違い

事例のポイント

錠剤自動分包機の充填の事例である。アマリールの1mg錠と3mg錠では錠剤の大きさや、色が大きく異なる。重点管理医薬品にも係わらず、最終鑑査が不足していた部分は問題である。「充填時」の問題と、「最終鑑査」の問題の両方が改善策には必要と考える。錠剤自動分包機は、調剤時間の短縮に寄与するが、充填時、カセットの不備などの問題点もあり、最終鑑査をしっかり行わないと、新たなヒヤリ・ハット事例が発生する。

全自動錠剤包装機への 薬剤充填時の注意点

- ・誤って他の薬剤を充填することにより、複数の患者に対する事故へと繋がる。
- ・充填間違いによっては重大な事故に繋がることもあるので注意が必要。
- ・充填間違いを防止するためには、各薬局で充填及びチェック方法に関する手順を作成し、事故防止に努める。

例) 複数の薬剤師で確認して充填を行う。
充填の記録を残す。