会長 | 担当理事 | 会計

(健Ⅱ241F)
令和３年８月４日

都道府県医師会　郡市区医師会
感染症危機管理担当理事　殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜萢　敏

新型コロナワクチンの間違い接種情報No.１及びNo.２について

「新型コロナウイルス感染症予防接種の間違いの防止について（その２）」は、令和３年６月23日(健Ⅱ170F)をもってお送りしました。

今般、厚生労働省より、血液感染を起こしうるもの及び希釈間違いについて、新型コロナ予防接種に携わる医療従事者に対する注意喚起資材が作成され、各都道府県衛生主管部（局）あて別添の通知がなされ本会にも周知方協力依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、会員に対する情報提供についてご高配のほどお願い申し上げます。

収受
3.8.-5
540号

事　務　連　絡
令 和 3年 8月 3日

公益社団法人日本医師会　御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナワクチンの間違い接種情報No.1及びNo.2について

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種（以下「新型コロナ予防接種」という。）の実施に当たっては、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引きについて」（令和２年12月17日付け健発1217第４号厚生労働省健康局長通知別添））において、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、予防接種の間違いが発生した際には、厚生労働省に速やかに報告することとしているところです。また、「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その２）」（令和３年６月22日付け事務連絡）において、報告された予防接種の間違いのうち、血液感染を起こしうるもの及び希釈間違いについて、概要をまとめるとともに具体的な留意点をお示ししました。

今般、新型コロナ予防接種に携わる医療従事者に対する注意喚起資材として「新型コロナワクチンの間違い接種情報」No.1（使用済み注射器の再使用）及びNo.2（ワクチンの再希釈（ファイザー社ワクチンの場合））を作成し、別添のとおり都道府県、市町村及び特別区宛周知したところです。

つきましては、新型コロナ予防接種にご協力いただいております貴会員への周知について特段の御配意をいただきますよう宜しくお願いいたします。

別添

事　務　連　絡
令 和 3年 8月 3日

各（都道府県／市 町 村／特 別 区）衛生主管部（局）　御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナワクチンの間違い接種情報 No. 1 及び No. 2 について

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種（以下「新型コロナ予防接種」という。）の実施に当たっては、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引きについて」（令和２年12月17日付け健発1217第４号厚生労働省健康局長通知別添））において、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、予防接種の間違いが発生した際には、厚生労働省に速やかに報告することとしているところです。また、「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その２）」（令和３年６月22日付け事務連絡）において、報告された予防接種の間違いのうち、血液感染を起こしうるもの及び希釈間違いについて、概要をまとめるとともに具体的な留意点をお示ししました。

今般、上記事務連絡でお知らせした内容をもとに、新型コロナ予防接種に携わる医療従事者に対する注意喚起資材として「新型コロナワクチンの間違い接種情報」No. 1（使用済み注射器の再使用）及びNo. 2（ワクチンの再希釈（ファイザー社ワクチンの場合））を作成しましたのでお知らせします（別紙１・２）。

これらを参考に、あらためて予防接種の手順を見直し、予防接種に係る間違いの発生防止に努めていただき、引き続き、新型コロナ予防接種の適切な実施に向けた取組を進めていただきますようお願いします。

新型コロナワクチンの間違い接種情報（No.1　令和３年８月）

注 意

使用済み注射器の再使用

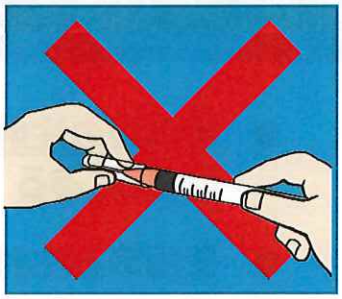
使用済みの注射器を再使用してしまう誤り が起きています。

不要な侵襲を与えるだけでなく、血液感染を起こしうる重大な医療事故です。

※2021年6月16日までに、使用済み注射器の再使用による血液感染を起こしうる間違いが23件報告されています。

以下の対策が有効です！

① **リキャップを絶対に行わない**



② **針捨て容器は、接種者の手が届く場所に置く**

使用済み注射器は、自らすぐに廃棄する



③ **接種者は、接種直前に注射器に薬液が充填されているか必ず目視で確認する**



上記は一例です。自会場に合った取り組みを検討してください。

厚生労働省健康局健康課予防接種室

使用済み注射器の再使用

間違いが起きたのはどんなとき？

① １つのテーブルに、薬液が充填された**未使用の注射器を入れるトレイと、使用済みの注射器を入れるトレイを近接して配置**していた。

② 接種実施者は、廃棄担当者が針刺ししないよう、**使用済みの注射器をリキャップ**し、誤って薬液が充填された未使用の注射器の入ったトレイに置いてしまった。

③ 接種実施者は、誤って使用済みの注射器を手にとり、**注射器内に薬液が充填されていないことを確認せず**に、空の使用済み注射器を別の被接種者に穿刺してしまった。

※①～③の背景に、接種希望者が多く混雑してきたため、注射器への薬液充填が追いつかなくなり、元々薬液充填者が担っていた患者呼び込みを、接種実施者が担うようになったという状況もあった。

間違いが起きたのはなぜ？

■ **使用後の注射器が1本ずつ針捨て容器に廃棄されず、接種実施者の手の届くところにある**

■ **使用済み注射器を、針捨て容器ではなくトレイに置いている**

■ **使用済みの注射器をリキャップしたため、見た目で使用済みの注射器であることがわかりづらい**

■ **接種するときに、薬液が正しい量充填されていることを確認していない**
- 「キャップの付いている注射器は未使用」という思い込みがある

■ **その他の要因**
- 外的要因により一連の作業が中断してしまう
- 接種希望者が多く混雑してきた等により、焦りがある

間違いはどの会場でも起こりうるからこそ、
間違いが起きる要因を減らす対策が重要です。
取り組むのは、今です。

※本資料は、事案当事者へのヒアリング等によって作成時点で確認できた範囲の情報をもとに、厚生労働省において取りまとめたものです。記載内容については、今後の状況を踏まえ、適宜見直しを行う可能性がある旨ご留意ください。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

新型コロナワクチンの間違い接種情報（No.2　令和３年８月）

注 意

ワクチンの再希釈
（ファイザー社ワクチンの場合）

使用済みのバイアルを、再度希釈して使用する誤り が起きています。

再希釈したワクチンを誰に接種したかが分からず、多くの人に影響が及びます。

※2021年6月16日までに、接種量の間違い（再稀釈、希釈忘れ）が13件報告されています。

以下の対策が有効です！

① **１トレイに、１バイアル分の必要物品を準備し、常にトレイ単位で準備、接種を行う**



未使用バイアル（キャップ有）



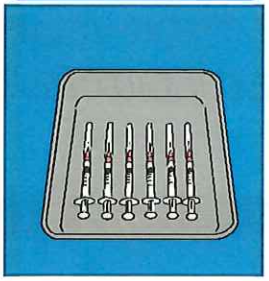
使用後バイアル（キャップ無）

② **バイアルのキャップを外し、希釈・充填し、トレイに６組セットするまでの、一連の作業を中断しない**

担当は専従に



離席・引き継ぎは作業を終えてから



他人と話さない話しかけない



PHSはOFF



③ **充填された薬液の外観を確認する**

・生理食塩水：無色透明

・ワクチン　　：軽度白濁

薬液充填の確認



上記は一例です。自会場に合った取り組みを検討してください。

厚生労働省健康局健康課予防接種室

ワクチンの再希釈
（ファイザー社製ワクチンの場合）

間違いが起きたのはどんなとき？

① 必要数のワクチン、注射器等を作業台の上に準備し、２名（担当者Ａ・Ｂ）で希釈・充填を開始した。

② 作成していた作業手順書では、希釈・充填後のバイアルは作業台の上にある廃棄容器に捨てることとしていたが、担当者Ａは、**院内ＰＨＳのコールに対応**するために、**希釈・充填後のバイアルを捨てず、作業台の上に置いたまま、作業台を離れた**。

③ 担当者Ｂは、**作業台上にあったバイアルを希釈前のものと思い込み、希釈・充填後のバイアルに生理食塩水を注入**し、注射器に充填した。

④ 接種担当者Cは、正しく希釈されたワクチンがセットされていると思い込み、セットされたものの外観を確認せずに接種した。

⑤ 希釈・充填担当者は、予定数のバイアルの希釈・充填が終了した時に、未使用のバイアルが残っていたため、再希釈した可能性に気がついた。

間違いが起きたのはなぜ？

- キャップを外した後の**希釈前のバイアルと、希釈・充填後のバイアルは、見た目ではほぼ区別できない**
- バイアルのキャップを外し、希釈・充填してトレイに載せるまでの**一連の作業が、外的要因（電話や別の作業）により中断された**
- 希釈・充填後のバイアルは廃棄することになっていたことから、作業台にあるバイアルは、バイアルのキャップが外されたものであっても、希釈・充填後のものであるとは思わなかった
- 希釈・充填担当も接種担当も、**注射器に充填された液体の外観を確認していない**

（生食：無色透明、ワクチン：軽度白濁のため、目視で確認可能）

間違いはどの会場でも起こりうるからこそ、
間違いが起きる要因を減らす対策が重要です。
取り組むのは、今です。

※本資料は、事案当事者へのヒアリング等によって作成時点で確認できた範囲の情報をもとに、厚生労働省において取りまとめたものです。記載内容については、今後の状況を踏まえ、適宜見直しを行う可能性がある旨ご留意ください。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。