

令和4年3月30日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰  
公衆衛生担当理事 今井 一登

## 新型コロナワクチンの追加接種に係る間違い接種の防止について

神奈川県医師会より通知が参りましたのでお知らせします。  
【こちらの件の問い合わせ先】鎌倉市医師会コロナウイルスワクチン予防接種担当 広崎 繁雄  
TEL : 0467-22-1245 Mobile : 090-8476-1245 Mail to : [kcma.yoboseshu@kcma.jp](mailto:kcma.yoboseshu@kcma.jp)

神奈川県健康医療局医療危機対策本部室

### 新型コロナワクチンの追加接種に係る間違い接種の防止について

本県の健康医療行政の推進につきましては、日頃格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

標記について、令和4年3月22日付けで別添のとおり県内市町村に周知いたしましたので、ご承知おきくださいますようお願いいたします。

また、貴会会員への周知につきましてもよろしく願います。

問合せ先  
ワクチンチーム  
電話 045-285-0716 (直通)

県内市町村予防接種主管課 ご担当者様

お世話になっております。神奈川県医療危機対策本部室ワクチンチームです。

標記の件、このたび県内での新型コロナワクチンの追加接種（3回目接種）において、誤って希釈用の生理食塩水のみを接種した事案が発生しました。つきましては、希釈・重点時は1トレイに1バイアル分の必要物品を準備し（希釈が必要なファイザー社製ワクチンの場合は1トレイ6回接種分）、常にトレイ単位で準備・接種を行う、接種する際に今一度適切なワクチンかどうか確認する等、間違い接種の発生防止のため、医療機関等に注意喚起をしていただき、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いたします。

※厚生労働省から発出されている、新型コロナ予防接種関連の間違い防止の事務連絡を合わせて添付しますので、適切な新型コロナ予防接種に向け、改めてご留意いただくようお願いいたします。

※なお、「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】」の別紙2に今般の発生事案に類似した間違い接種の事例の説明があるので、再度ご確認くださいようお願いいたします。

\*\*\*\*\*  
神奈川県健康医療局医療危機対策本部室  
ワクチン接種市町村支援担当  
E-mail: [kg\\_vaccine.k8ck@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:kg_vaccine.k8ck@pref.kanagawa.lg.jp)  
電話：045-285-0762  
\*\*\*\*\*



事務連絡  
令和3年5月7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

### 新型コロナ予防接種の間違いの防止について

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。以下「自治体向け手引き」という。）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。

今後、各自治体において接種回数が大きく増加することが予想されますが、改めて、各自治体におかれましては、「間違い接種チェックリスト」（自治体向け手引き 様式4-7-1）や、これまでの新型コロナ予防接種において発生した間違い事例及びそれらに対する留意点（別紙）等を参考に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いたします。

(参考資料) これまでの新型コロナ予防接種において発生した間違い事例及びそれらに対する留意点

事例	留意点
<p>(接種間隔について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナワクチンの1回目接種後、確認不足により、18日以上の間隔をあけずに2回目を接種した。</li> <li>・定期接種のワクチン接種後、13日以上の間隔をあけずに新型コロナワクチンを接種した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接種券と接種済証は通常同一の台紙にあることから、受付での接種券確認時に接種済証の接種日時を確認することや、予診時に予診票の記載内容を確認することにより、前回接種から必要な期間があいているか確認すること。</li> </ul>
<p>(接種対象者について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・接種対象者の年齢について、今年度中に16歳以上となる者は年度当初から接種可能と誤認し、接種時点で16歳未満の者に接種した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「16歳以上」については、誕生日の前日(24時)に1歳年をとると考えるため、例えば、平成17年(2005年)7月30日生まれの者は令和3年(2021年)7月29日に16歳以上となり本予防接種の対象者となる。 この点に留意しながら、予診票や本人確認書類により、接種対象となる年齢に達しているか確認すること。</li> <li>・接種券の送付の際は、令和3年度中に接種対象年齢となる者については、誕生月ごとなど、新たに接種対象となった者に対して自治体の発送頻度に沿ったきめ細かな発送を行うこと。</li> </ul>
<p>(施設における接種について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者施設における入所者への接種について、接種会場に接種対象者と非接種対象者が混在していたこと等により、対象ではない(既に接種済で18日以上の間隔があいていない)者に接種した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者施設等では、職員と接種対象者は顔なじみであることから、視認のみで確認するのではなく以下の対応例を参考に、接種従事者は接種を行う際に接種対象者であることを確実に確認すること。 (対応例)</li> <li>・接種券及び予診票を用いて接種対象者であることや新型コロナ予防接種歴を確認する。</li> <li>・接種対象者と非接種対象者が混在しないように、接種を行う区域を明確にするとともに、接種時に予診票や接種予定者リスト等で確認する。</li> <li>・予診票を接種対象者の手元におき接種終了時に回収する。</li> </ul>

事務連絡  
令和3年6月22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

### 新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その2）

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。以下「自治体向け手引き」という。）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。

今般、令和3年6月16日までに報告された予防接種の間違いの概要をまとめるとともに（別紙1）、自治体向け手引き様式4-7-2を用いて重大な健康被害につながるおそれのある間違いとして報告されたもののうち、血液感染を起こしうるもの及び希釈間違いについて、実際に予防接種に携わった方に対して間違いが起こった要因や再発防止策等をヒアリングし、具体的な留意点をまとめました（別紙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いたします。

(別紙1)

令和3年6月16日までに報告があった新型コロナ予防接種に関する間違い(概要)

自治体向け手引きにおいて、市町村長は新型コロナワクチンの接種の実施に際して生じた間違いを把握した場合、以下のとおり都道府県を經由して厚生労働省へ報告することとしている。

- ① 誤った用法用量で新型コロナワクチンを接種した場合や、有効期限の切れた新型コロナワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いは、速やかに報告
- ② 接種間隔の誤りなど、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い間違いの場合は、前月分をとりまとめて15日までに報告

新型コロナワクチンの接種開始から令和3年6月16日までに報告された間違いの概要は表1のとおり、態様別の詳細は表2のとおり。

表1 間違いとして報告のあった件数

延べ接種回数	間違いとして報告のあった件数		
		重大な間違いとして報告のあった件数	左記以外として報告のあった件数
23,329,470	139	70	69
(10万回当たり)	0.596	0.300	0.296

表2 間違いの態様別の詳細

間違いの態様	件数	10万回あたりの件数
1. 接種ワクチンの種類の間違い	1	0.004
2. 対象者の誤認(3.を除く)	1	0.004
3. 接種対象年齢以外の接種	0	0
4. 不必要な接種	13	0.056
5. 接種間隔の間違い	31	0.133
6. 接種量の間違い	13	0.056
7. 接種部位・接種方法の間違い	1	0.004
8. 接種器具の扱いが不適切	6	0.026
9. 血液感染を起こし得る間違い	23	0.099
10. 期限切れワクチン接種	2	0.009
11. 不適切な保管ワクチン接種	9	0.039
12. その他	39	0.167

(別紙2)

## ＜間違い1＞ 他の対象者に使用した注射器を別の対象者に使用した

(事例1-1の概要)

- ① 同じテーブルに、未使用のワクチンが充填された注射器6人分が入ったトレイと、使用後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、使用後の注射器をリキャップし、誤って未使用のワクチンが充填された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、②で置かれた使用後の注射器を手にとり、シリンジ(注射筒)内にワクチンが充填されていないことを確認せずに、空の注射器を別の被接種者に穿刺してしまった。

(事例1-2の概要)

- ① 医師1名が予診、看護師1名がワクチンの注射器への充填と患者呼び込み、看護師2名が2ラインで接種を行っていた。
- ② 針捨て容器は2ラインで1つの容器を共有していた。
- ③ 接種希望者が多く混雑してきてワクチンの注射器への充填が追いつかなくなったため、接種実施者が自ら患者を呼びこみ接種をすることになった。針捨て容器まで少し距離があったため、使用後の注射器をリキャップし一旦近くのトレイに置き、待合室に被接種者の呼び込みを行った。

### 間違い1の背景

- 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
    - ・1本ずつではなくまとめて注射器を廃棄している
    - ・針捨て容器が接種実施者の手の届く場所にないため、使用後の注射器を一旦トレイに置かなければならない
    - ・未使用注射器のトレイと、使用後注射器のトレイが区別しにくい(※1)
  - 使用後の注射器をリキャップしたため、見た目で使用後の注射器であることがわかりづらい
  - 接種実施者と使用後の注射器を廃棄する者が異なる
  - 接種するときに、ワクチン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ものは未使用」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
- (※1)トレイを色分けしていた事例でも未使用注射器用トレイに誤って使用後の注射器を置いてしまい、同様に別の被接種者に穿刺してしまったという報告もあり、トレイの色分けだけでは区別は不十分である。

### 対策

- ① リキャップを絶対に行わない
- ② 接種後は速やかに使用後の注射器を確実に廃棄する  
(例)
  - ・針捨て容器は、未使用の注射器を入れるトレイとは全く別種類の容器を使用する
  - ・針捨て容器は、接種者の手が届く場所に置く 等
- ③ 接種者は、注射直前にシリンジ(注射筒)にワクチンが充填されているか必ず目視で確認する

## ＜間違い2＞【ファイザー社ワクチン使用の場合】

使用済みのバイアルだと認識せず再度希釈・充填し、結果として生理食塩水のみを接種した

### （事例の概要）

- ① 必要数のワクチン、針・シリンジ（注射筒）等を作業台の上に準備し、2名で希釈・充填を開始した。
- ② 作成していた作業手順書では、希釈・充填が終わったら、使用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、使用後のバイアルを捨てず、作業台の上に置いたままにしてしまった。
- ④ 担当者Bは、作業台上にあったワクチンを未使用と思い込み、生理食塩水を注入し注射器に充填した。
- ⑤ 希釈・充填と接種は同時並行で行われており、接種担当者は、セットされたものを通常通り接種した。
- ⑥ 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ることに気がつき、使用済みバイアルを用いて生理食塩水で再度希釈・充填された注射器が存在

## 間違い2の背景

- 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
- ワクチンのキャップを外し、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
- 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、ワクチンのキャップが外されたものであっても、使用後のものであるとは思わない
- 希釈・充填担当も接種担当も、注射器に充填された液体が生食（無色透明）かワクチン（軽度白濁）かを確認しない

## 対策

- 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
- ② ワクチンのキャップを外し、希釈・充填してトレイに6組セットするまでの一連の作業を中断させない  
（例）
  - ・希釈・充填担当者は専従とし、他人が話しかけない。院内PHSをオフにする
  - ・やむを得ず離席するときは、一連の流れを終えた区切りの良いところで離席し、確実に引き継ぎを行う 等
- ③ 充填された薬液の外観を確認する

事務連絡  
令和3年10月29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

### 新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その3）

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。以下「自治体向け手引き」という。）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、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ます。

これまで、「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日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）及び「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」（令和3年8月3日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）等において、予防接種の間違いを防止するための具体的な留意点を周知してきたところです。

今般、令和3年9月30日までに報告された予防接種の間違いの概要をまとめるとともに（別紙1）、自治体向け手引き様式4-7-2を用いて重大な健康被害につながるおそれのある間違いとして報告されたもののうち、他のワクチンを受けにきた者に対して誤って新型コロナワクチンを接種したものについて、実際に予防接種に携わった方に対して間違いが起こった要因や再発防止策等をヒアリングし、具体的な留意点をまとめました（別紙2）。

インフルエンザワクチンが多く接種される時期でもあり、これらの留意点を参考に、あらためて予防接種の手順を再確認することにより、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いたします。

(別紙1)

令和3年9月30日までに報告があった新型コロナ予防接種に関する間違い(概要)

自治体向け手引きにおいて、市町村長は新型コロナワクチンの接種の実施に際して生じた間違いを把握した場合には、以下のとおり都道府県を經由して厚生労働省へ報告することとしている。

- ① 誤った用法用量で新型コロナワクチンを接種した場合や、有効期限の過ぎた新型コロナワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる間違い等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いは、速やかに報告
- ② 接種間隔の誤りなど、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い間違いの場合、前月分をとりまとめて15日までに報告

新型コロナワクチンの接種開始から令和3年9月30日までに報告された間違いの概要は表1のとおり、態様別の詳細は表2のとおり。

表1 間違いとして報告のあった件数

延べ接種回数	間違いとして報告のあった件数		
		重大な間違いとして報告のあった件数	左記以外として報告のあった件数
163,738,220	1805	739	1066
(10万回当たり)	1.102	0.451	0.651

表2 間違いの態様別の詳細

間違いの態様	件数	10万回あたりの件数
1. 接種ワクチンの種類の間違い	74	0.045
2. 対象者の誤認(3.を除く)	39	0.024
3. 接種対象年齢以外の接種	61	0.037
4. 不必要な接種	246	0.15
5. 接種間隔の間違い	526	0.321
6. 接種量の間違い	99	0.06
7. 接種部位・接種方法の間違い	6	0.004
8. 接種器具の扱いが不適切	350	0.214
9. 血液感染を起こし得る間違い	170	0.104
10. 期限切れワクチン接種	10	0.006
11. 不適切な保管ワクチン接種	38	0.023
12. その他	186	0.114

(別紙2)

## ＜間違い＞ 他のワクチンを受けに来た者に新型コロナワクチンを接種した

(事例の概要)

- ① 1日の同じ時間帯の中で、新型コロナワクチンの接種と他のワクチンの接種の両方が行われていた。
- ② 次のような様々な理由により、同一の診察室内に、新型コロナワクチンと他のワクチンが持ち込まれ、接種者の手が届く範囲に複数種類のワクチンが置かれた。
  - ・ 新型コロナワクチンの接種数が多いため、診察室内には、常に新型コロナワクチンを複数回分を準備しておき、他のワクチンの接種を受ける者が入室した時は、その都度必要なワクチンを診察室内に持ち込む運用としていた(同一の診察室で、新型コロナワクチンと他のワクチンの両方を接種している)
  - ・ 本来は、新型コロナワクチン接種用の診察室(A)と他のワクチン接種用の診察室(B)は分けていたが、たまたま他のワクチン接種用の診察室(B)を担当していた医師が発熱外来対応に呼ばれたため、他のワクチンの被接種者も新型コロナワクチン接種用の診察室(A)で接種を受けることになり、新型コロナワクチン接種用の診察室(A)に他のワクチンが持ち込まれた
  - ・ 本来は、新型コロナワクチン接種用の診察室(A)と他のワクチン接種用の診察室(B)は診察室を分けて接種を行っていたが、他のワクチンを受けに来た者を、たまたま誘導員が間違えて新型コロナワクチン接種用の診察室(A)に案内してしまった。
- ③ 接種者は、予約票の確認を行い他のワクチンの接種を受ける者であることを認識しながらも、無意識に新型コロナワクチンを手にとり接種してしまった。

### 間違いの背景

- 同じ時間帯に新型コロナワクチンと他のワクチンの予約を受け付けており、**物理的に患者が混在していた**
- 接種者の**手が届く範囲に、複数の異なる種類のワクチンが置かれていた**
- 新型コロナワクチンの接種数が多く、新型コロナワクチンの接種に慣れてしまっていた(無意識、惰性で打ってしまった)
- 接種者は、**接種直前に接種するワクチン名を確認していなかった**

※インフルエンザワクチン等のバイアル製剤だけでなく、シリンジ製剤でも接種間違いは起こっている

### 対策

- ① **可能な限り、新型コロナワクチンと他のワクチンを接種する曜日や時間帯を分ける**  
※曜日や時間帯を分けることが困難な場合は、特に②・③に留意する
- ② **1トレイに1種類(可能な限り、1トレイに1人分)のワクチンを準備することとし、診察室内において、接種者の手が届く範囲に異なる種類のワクチンを置かない**
- ③ **接種直前は一呼吸おき、接種者と被接種者とで接種するワクチン名を声に出して確認する**

