

令和3年11月15日

大阪府内医師会 御中

大阪府医師会
(公印省略)

厚生労働省事務連絡2通の情報提供（新型コロナウイルスワクチン）

平素は、本会事業の推進に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

厚生労働省より、都道府県等に対し、事務連絡2件が発出されていますので、ご参考までに下記の通りお知らせいたします。

貴会におかれましてはご了知の上、会員医療機関へご周知をお願い申し上げます。

記

資料1：新型コロナワクチンの間違い接種情報No.3（令和3年11月10日付通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000853462.pdf>

資料2：新型コロナ予防接種の間違いの防止について・その3（令和3年10月29日付通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000850322.pdf>

上記通知は、下記厚生労働省ホームページに掲載されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html



【担当】
大阪府医師会
地域医療1課（TEL:06-6763-7012）



他のワクチンとの間違い接種

インフルエンザワクチンなどの **他のワクチンを接種しに来た方に新型コロナワクチンを接種する誤り** が起きています。

不要な侵襲を与えるだけでなく、本来打つべきワクチンの接種時期が遅れてしまいます。

※2021年9月30日までに、接種ワクチンの種類の間違いが74件報告されています。

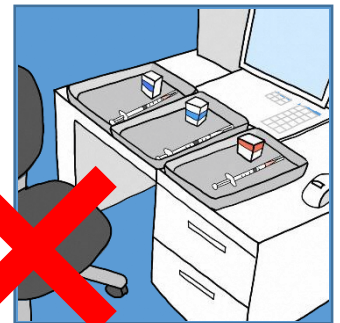
以下の対策が有効です!

① 1トレイに1種類、何のワクチンが載っているかわかるように準備する。

② 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。

④ 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。



今日は、このインフルエンザワクチンを打ちます。

はいインフルですね。



※曜日や時間帯を分けることが困難な場合は、特に①～③に留意する

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。

間違った種類のワクチンの接種

間違いが起きたのはどんなとき？

- 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 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。**
(例) ・新型コロナワクチンの接種数が多いため、診療室内には、常に新型コロナワクチンを複数回分準備しておき、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
・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）**を分けていたが、たまたま**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**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
- ③ 接種者は、予診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。

間違いが起きたのはなぜ？

- 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

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。

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. 接種間隔の違い	526	0.321
6. 接種量の違い	99	0.06
7. 接種部位・接種方法の違い	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、予診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**