



注意

## 使用済み注射器の再使用

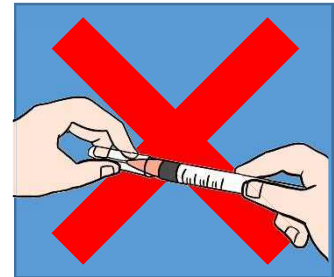
**使用済みの注射器を再使用してしまう誤りが起きています。**

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。

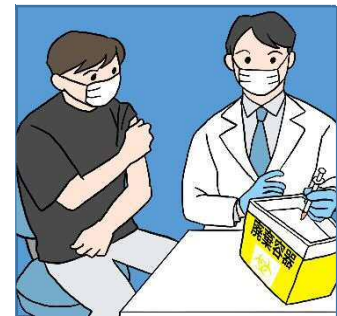
※2021年6月16日までに、使用済み注射器の再使用による血液感染を起こしうる間違いが23件報告されています。

### 以下の対策が有効です！

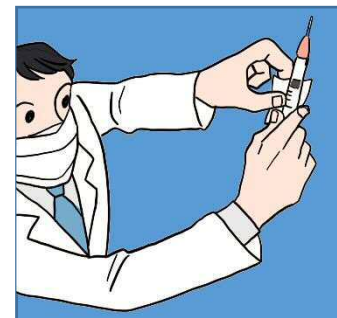
① **リキャップを絶対に行わない**



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。

# 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。



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（再希釈、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**



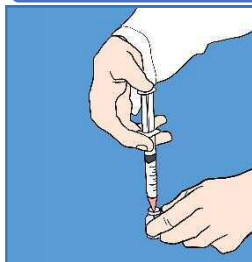
未使用  
バイアル  
(キャップ有)



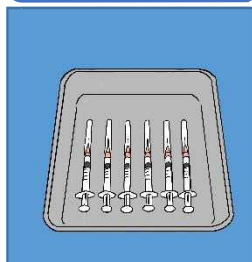
使用后  
バイアル  
(キャップ無)

- 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



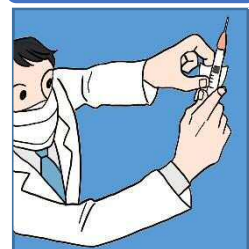
PHSは  
OFF



- 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。

# 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。



## 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。

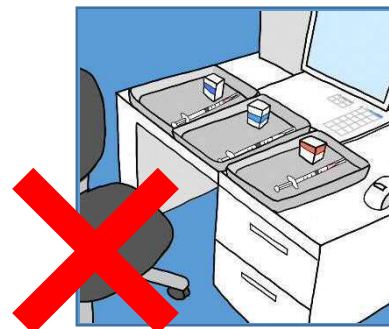
不要な侵襲を与えるだけでなく、本来打つべきワクチンの接種時期が遅れてしまいます。

※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。

※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。