

令和4年10月28日

新型コロナワクチン接種 間違い事例集（第8版）

福島県

目次

A.受付時

B.問診時

C.接種時

D.接種後

E.ワクチン保管



※この項目は、「予防接種を適切に実施するための間違い防止チェックリスト」(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(第12版)様式4-10-1)に沿って作成しています。必要に応じて、チェックリストを参照し間違い接種の防止に活用してください。

付録1 ワクチンの取り扱いについて

付録2 予防接種を適切に実施するための間違い防止チェックリスト

付録3 新型コロナ予防接種の間違い防止について

新型コロナ予防接種の間違い防止について(その2)

新型コロナ予防接種の間違い防止について(その3)

新型コロナ予防接種の間違い防止について(その4)

付録4 ワクチン冷蔵移送に係る保冷バック使用方法の変更について

付録5 ワクチン接種の廃棄物の処理に関するチラシの周知について

付録6 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

新型コロナワクチンの間違い接種情報No.3について

付録7 予防接種における間違いを防ぐために(2021年改定版)

付録8 予防接種の間違いを防ぐためのポイント

付録9 ファイザー社ワクチン及び武田/モデルナ社ワクチンの

有効期限の取扱いについて

別紙1 高齢者施設での間違い事例について(県ワクチン接種T)

別紙2 間違い接種報告件数

A.受付時

No.	事故概要	推定される原因
1	<p>集団接種会場において接種後に再び入場した接種対象者について、同日に接種済みであるにもかかわらず2回目の接種を行った。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 来場者と接種済みの者の導線を分け、接種済みの者が再入場出来ないようにする。 ・ 会場入場の際には、受付時に接種券及び接種済証の確認を行う。 	<p>受付時に接種済み証の確認を行わなかった。</p>
2	<p>医療機関での接種時に別の接種予定者と間違えて接種が行われたため、1回目の接種の4日後に2回目の接種が行われた。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 来院した方に必ず声がけする等により受付を確実にし、接種券及び接種済証の確認を行う。 ・ 2回目の接種の際には、接種済証の日付を確認するなど接種間隔に誤りが無いか確認する。 	<p>対象者について、当日の受付が行われていなかった。</p> <p>接種時に対象者に本人確認を行わなかった。</p>
3	<p>同一の接種対象者に誤って4回の接種を行った。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 接種券を再発行する際には、VRSにより対象者の接種実績を確認する。 ・ 2回目の接種の際に接種済証の日付を確認し、接種間隔や回数に誤りが無いか確認する。 	<p>接種対象者が接種券の再発行の申請を行い、初めに発行された接種券と再発行した接種券の両方を使用した。</p>

No.	事故概要	推定される原因
4	<p>追加接種について 2回目接種完了から6ヶ月（※1）経過していない状態で接種してしまった。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <p>ケース① 接種日程の調整時（予約時）及び接種当日の予診票確認時に、2回目接種年月日を再確認し、接種間隔に誤りが無いかを確認する。</p> <p>ケース② 仮予約票を用いる場合には、初回接種の接種済証等での2回目接種年月日を確認することで、接種間隔に誤りが無いかを確認する。</p> <p>ケース①・②共通 「本日の接種対象者は○月○日までに2回目の接種を受けた方です。」等と貼り紙を掲示し、会場全体で適切な接種間隔を共有する。</p>	<p>ケース① 接種日程を前倒しした際に接種間隔の再確認が漏れた。</p> <p>ケース② 接種券が届いていない（仮予診票用いた）方への接種だったことによる接種間隔の誤認。</p>
5	<p>追加接種（職域接種を含む）について 17歳以下の方へモデルナワクチンを使用した。</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予約時、受付時、予診時における年齢確認を徹底する。 ・接種に関わる関係スタッフ全てに対して、ワクチンの取扱内容の再確認を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・予約受付時、予診・接種時の年齢確認を怠った。 ・接種に従事する者が12~17歳への3回目接種については、ファイザー社のみとなっていることを認識していなかった。

No.	事故概要	推定される原因
6	<p>初回接種が済んでいる方に対し、未接種と誤認し再度初回接種を実施した。また、2回目接種から6か月（※1）未満で初回の再接種を実施（実質の3回目その3週間後に4回目を接種）した。（県内）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・初回接種履歴の登録を3回目接種券の発行時に行うこととしていたため、被接種者が3回目を予約する際は初回接種の履歴がなかった。 ・親族が未接種と勘違いしていた。
	<p>【発生防止策】 予約システムに接種履歴を取り込み、同様の間違いが発生しないよう改善を図ることとした。</p>	
【追加】 7	<p>4回目接種を受けた方に対し、6日後、重複して4回目接種（実質5回目接種）を行った。（県内）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・被接種者は集団接種により4回目接種を行ったにもかかわらず、コールセンターで再予約を受付してしまった。 ・被接種者は再予約当日、接種会場にて接種券の再発行を受けたが、再発行の段階で接種履歴の確認が不十分であった。
	<p>【発生防止策】 コールセンターでの予約、接種券再発行の際に接種履歴の確認を徹底することとした。</p>	
【追加】 8	<p>3回目（追加）接種で、18歳未満の者にノババックスワクチンを接種した。</p>	<p>予約不要の集団接種を行った際に、受付・予診・接種時の年齢確認が漏れてしまった。</p>
	<p>【発生防止策】 ・予約・予診・接種時に複数のスタッフによる年齢確認を徹底することとした。</p>	

No.	事故概要	推定される原因
【追加】 9	<p>海外でヤンセンファーマ社ワクチンを1回接種し、その後国内でファイザー社ワクチンを2回接種した者に対し、 unnecessary 5回目接種を行った。(県内)</p> <p>※ヤンセンファーマ社のワクチンにおける初回接種の回数は1回である。海外で1回接種が完了している場合、日本では2回目接種が完了しているものとみなし、海外で2回目接種が完了している場合、日本では3回目接種が完了しているものとみなす。</p>	<p>接種を行った医療機関において、ヤンセンファーマ社ワクチンに係る接種回数に関する認識が不足していた。</p>
	<p>【発生防止策】</p> <p>接種実施医療機関に対し、海外でのワクチン接種の取扱いについて、同様の間違い接種防止に努めるよう通知した。</p>	

※1 令和4年10月24日現在、2回目接種完了から3回目接種までの接種間隔については、ファイザー社ワクチン(12歳以上用に限る。)又はモデルナ社ワクチンは3か月以上と、ファイザー社ワクチン(5歳～11歳用に限る。)は5か月以上と、武田社ワクチン(ノババックス)については6か月以上とされている。

また、3回目接種完了から4回目接種までの接種間隔及びオミクロン株対応ワクチンと最後に完了したワクチン接種との接種間隔は3か月以上とされている。

B.問診時

No.	事故概要	推定される原因
1	10歳未満の者に大人用ファイザー社ワクチンを接種した。（県内）	予診や接種の際に、対象者の年齢を確認しなかった。
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none">・予診時に本人に生年月日を聞き取りし、対象者の年齢を確認する。・予約受付時に事前に対象年齢について周知（例：「接種の日に満12歳以上になる方」等）し、当日の受付でも確認する。	
2	12歳の者に小児用ワクチンを接種した。（県内）	受付や予診の際に、対象者の年齢を確認しなかった。
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none">・予診時に本人に生年月日を聞き取りし、対象者の年齢を確認する。・接種するワクチンがわかるよう予診票に付箋などして目立つように工夫する。	
3	高齢者施設の入所者に、同一日に2回接種した。（県外）	入所している同じ部屋の別の入所者と誤診し、本人確認を怠っていた。
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none">・接種前に接種券や予診票で1回目の接種日を確認し、接種間隔が正しいか確認する。・事前に接種対象者のリストを作成し、接種の都度リストをチェックする。	
4	高齢者施設において、既に2回接種済みの入所者に対し、3回目の接種を実施した。（県内）	担当している看護師が、予診票や接種対象者のリストを確認しなかった。
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none">・接種前に接種券や予診票で接種日を確認し、接種回数が正しいか確認する。・事前に接種対象者のリストを作成し、接種の都度リストをチェックする。	

C.接種時

No.	事故概要	推定される原因
1	<p>接種時に針とシリンジが一瞬離れたため、薬液が漏れ、必要な量のワクチンが接種されなかった。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・針とシリンジの接続作業時に、作業者と確認者の2人体制で確実に接続がされているか確認する。 ・手技中に通常と異なる違和感を感じたら、無理に作業を進めない。 	<p>針とシリンジの接続が不十分であった。</p>
2	<p>使用済みのワクチンの瓶にさらに生理食塩水で希釈し接種を実施した。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・希釈・充填作業中に、必ず2人体制で瓶の数を確認する。 ・使用済みのワクチンの瓶に、マーカーなどで印をつける。 ・未使用の瓶と、接種済みの瓶を置く位置を明確に分ける。 	<p>使用済みのワクチンの瓶を、開封済みで未使用の瓶と混在させてしまった。</p>
3	<p>注射器と注射針の組み合わせが間違っていたため、接種後の注射器に微量のワクチンが残った。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組み合わせ作業をする際に、2人体制で正しい注射器と注射針の組み合わせを確認する。 	<p>注射器の組み合わせ時に、正しい組み合わせを確認しなかった。</p>
4	<p>接種前に薬剤師が行った事前チェックでワクチンの入った容器内に異物を確認したため、使用せず同じロットのワクチンを返却した。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの注射器への充填作業の前に、異物混入が無いか担当が専従で行う。 ・注射器への充填作業や接種の際にも、各担当が異物混入が無いか確認する。 	<p>異物混入のチェックを担当が専従で行い、事前に発見することができた。</p>

No.	事故概要	推定される原因	
5	医療機関において、インフルエンザワクチンの接種を受けに来た者に新型コロナワクチンを接種した。（県内）	同じ時間帯に新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンの予約を受け付けていた。 また、医師の手の届く範囲に2種類のワクチンが置かれ、接種を行う前も医師がワクチンの種類を確認していなかった。	
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none"> ・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である場合には、特に以下の点に注意する。 ・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。 ・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。 		
【追加】	6	モデルナ社ワクチンの追加接種（3回目接種）において、本来0.25mlを接種すべきであったが、誤って0.5ml接種してしまった。（県内）	<ul style="list-style-type: none"> ・接種場所において看護師が4回目用シリンジ（0.25ml）と1回目用シリンジ（0.5ml）を誤って受取り、接種してしまった。 ・予診票、接種券の確認が不十分であった。
	【発生防止策】 <ul style="list-style-type: none"> ・接種準備時における被接種者リストの確認。 ・複数人での予診票、接種券確認の徹底。 		
【追加】	7	モデルナ社ワクチンの初回接種（1・2回目接種）において、本来0.5mlを接種すべきであったが、誤って0.25ml接種してしまった。（県内）	予診、接種時における接種回数確認が疎かになっていた。
	【発生防止策】 受付の際、予診票に接種回数、接種量がわかるカード等を添付し、接種スタッフ内で情報共有できるようにする。		

D.接種後

No.	事故概要	推定される原因
1	<p>10歳未満の児童に、使用済みの空の注射器を刺した。(県内)</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用後の注射針を即座に廃棄する。(接種時にあらかじめ廃棄箱を用意しておく。) ・注射器を置くトレーに「未使用」と表示する等、明確に管理する。 ・使用後の注射器に再度キャップをしないように接種の手順を定め、接種開始前に担当者が必ず確認する。 ・接種前には2人体制で薬液が充填されているか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・使用後の注射器を廃棄せずに再度キャップし、トレーに置いてしまった。 ・注射時に薬液が充填されているか確認しなかった。
2	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設の入所者に、使用済みの空の注射器を刺した。(県内) ・薬液の入っていない使用済みの注射器を別の人に使用した。(県内) <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用後の注射針は接種者が即座に廃棄する。(接種時にあらかじめ廃棄箱を用意しておく。) ・注射器を置くトレーに「未使用」と表示する等、明確に管理する。 ・使用後の注射器に再度キャップをしないように接種の手順を定め、接種開始前に担当者が必ず確認する。 ・接種前には2人体制で薬液が充填されているか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・被接種者が使用後の注射器に再度キャップした。 ・未使用の注射器を速やかに廃棄しなかった。 ・接種前に薬液が充填されているか確認しなかった。
3	<p>集団接種会場において、実際にうけたワクチンと違うロット番号のシールを接種済証に貼って交付した。(県外)</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同一会場では、1日に取り扱うワクチンは可能な限り単一ロットのみとなるようにする。 ・異なるロット番号のワクチンに切り替える日は、以下のような対策をする。 <ul style="list-style-type: none"> ○接種や会場運営に携わる全ての従事者に事前に注意喚起を行う。 ○取り扱う時間帯やレーンを分けるなど、物理的に異なるロットが混ざらないようにする。 ○バイアルに記載されたロット番号を確認した上で接種実施者がロットシールを予診票に貼る。 	<p>担当者がその日に接種するワクチンのロット番号と貼り付けするシールのロット番号の確認を行わなかった。</p>

E.ワクチン保管

No.	事故概要	推定される原因
1	<p>工事に伴う停電で冷蔵庫が停止し、ワクチンが常温で保管された。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内で、施設の担当者とワクチンの保管管理責任者が工事や停電等のスケジュールを共有できるようにする。 ・停電時など、電源が確保できない場合の対応をあらかじめ決めておく。 	<p>担当者が工事計画を把握していなかった。</p>
2	<p>高齢者施設において一度解凍されたワクチンを再度冷凍し、再び解凍して接種した（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・巡回接種時は、医療機関が責任をもってワクチンの管理を行う。 ・冷蔵庫の扉などに「ワクチンの再凍結禁止」などと大きく表示し注意喚起する。 	<p>巡回接種を行う医療機関からの依頼で施設職員がワクチンを事前に施設に配送していたため、施設職員が保管方法を認識していなかった。</p>
3	<p>ワクチンを保管している冷蔵庫の扉が開いており、中の温度が20°Cになっていた。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの保管管理責任者を定め、定期的(例:1時間ごと)に冷蔵庫の確認を行う。 ・冷蔵庫にデータロガーを取り付け、内部の温度が上昇していないか確認する。 ・冷蔵庫への保管、取り出しの際は複数人で確認を行う。 	<p>冷蔵庫の扉の閉め方が不十分だった。</p>
4	<p>冷蔵庫が故障し、中の温度が超過していた。いつから故障していたか不明であるため、ワクチンを廃棄した。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの保管管理責任者を定め、定期的(例:1時間ごと)に冷蔵庫の確認を行う。 ・冷蔵庫にデータロガーを取り付け、内部の温度が上昇していないか確認する。 	<p>ワクチンを保管している冷蔵庫の管理が不十分であった。</p>
5	<p>配送業者から受け取ったワクチンを冷蔵庫に入れる際、誤って空箱を冷蔵庫に入れたため、ワクチンが常温で保管された。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・冷蔵庫にワクチンを入れる際に、必ず箱を開け、ワクチンの瓶が入っていることを複数人で確認する。 ・空箱を置く場所をあらかじめ決めておく等、ワクチンの保管場所と区別して管理す 	<p>冷蔵庫に入れる際に、箱を開けて確認しなかった。</p> <p>ワクチンが入った箱と空箱の分別を行っていなかった。</p>

No.	事故概要	推定される原因
6	<p>冷蔵庫の温度が1℃になっており、ワクチンが再冷凍されていたため、廃棄した。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの保管管理責任者を定め、定期的(例:1時間ごと)に冷蔵庫の確認を行う。 ・冷蔵庫にデータロガーを取り付け、内部の温度状態が常にわかるようにする。 	<p>ワクチンを保管している冷蔵庫の管理が不十分であった。</p>
7	<p>ワクチンを保管していた冷蔵庫が前日の落雷により停止し、翌日発覚したことから、ワクチンを廃棄した。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電源喪失時の冷蔵庫の管理について、適した温度への速やかに退避する方法等の体制をあらかじめ定めておく。 	<p>停電時の冷蔵庫の管理体制を事前に定めていなかった。</p>
8	<p>医療機関による巡回接種の際、有効期限が切れたワクチンを接種した。（県外）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有効期限が記載された管理表等を2人体制で確認する。 ・保管管理担当から接種担当に引き渡す際に、接種担当も有効期限を確認する。 	<p>ワクチンの保管管理担当及び接種担当のいずれも接種当日に有効期限を確認しなかった。</p>
9	<p>保管期間（1か月）期限切れの「冷蔵」保管ワクチンを接種した。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <p>ワクチンの保管期限が記載された管理表等により確認するなど、ワクチンの保管期限の確認を徹底する。</p>	<p>「冷凍」保存のワクチン保管期限は3か月延長されたが、「冷蔵」保存のワクチン保管期限も3か月延長されたと誤認していた。</p>
10	<p>ディープフリーザー付属のデータロガーの電池が切れていたため、記録データの確認が出来なかった。（県内）</p> <p>【発生防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取扱説明書や製品のホームページから、電池が急速に消耗する条件等を事前に確認しておく。 ・電池寿命をあらかじめ確認し、電池交換のルールをあらかじめ定めておく。 	<p>電池切れとなった場合の交換対応のルールを定めていなかった。</p>