

新型コロナウイルスワクチン接種に携わる医療従事者の皆様向け

新型コロナウイルスワクチン接種 アクシデント事例集

令和3年7月1日版



※ 報道をもとに戸田市が取りまとめたものです。ワクチン接種現場でのインシデント、アクシデントの防止に向けてご活用いただきますようお願いします。

戸 田 市

使用期限の認識不足

	アクシデント概要	推定される原因
1	ワクチンの使用期限（6時間）を医療従事者が知らなかった。	使用期限の情報が共有されていなかった。

保管・解凍・搬送に関する認識不足（1）

	アクシデント概要	推定される原因
1	希釈するまでの制限時間（保管及び解凍）をオーバーしてしまった。	保管・解凍に関する情報が共有されていなかった。
2	4回分のワクチンを紛失してしまった。	単純ミス
3	冷蔵庫へ移す際、ワクチンを1本余分に解凍したため、廃棄することとなった。	当日の接種人数が共有されていなかった。
4	接種予定人数を大きく上回るワクチンを注射器にセットしたため、115回分が余剰となり急遽84人に緊急的に接種したが、残り31回分は廃棄した。	管理担当職員から看護師や薬剤師にワクチン2日分の計700回分を冷蔵庫に保管していることが伝わっていなかった。
5	ワクチン1本分を保冷バックに移し替える際、誤って落とした。	自治体職員が市内の医療機関に搬送する時間に追われ、慌てたため。
6	冷蔵配送したワクチンの解凍方法を誤っていたため169人分を廃棄した。また、ミスをしていたことが分かるまで時間がかかり、21人に接種していた。	医療機関は再凍結することができないと把握していた上で、目視でワクチンが凍っていると判断し、マイナス20度の冷凍室で保管していた。
7	冷蔵庫の中でワクチンが常温状態で保管されたことが判明したため、114回分を全て廃棄した。	医療機関職員が冷蔵庫の状態を確認したところ常温になっていたことに気づいた。保管方法が共有されていなかった。
8	冷蔵庫の温度が摂氏15℃まで上昇したことが分かり、20回分を廃棄した。	ワクチンを保管する冷蔵庫の電源コードを繋ぐアダプターが緩んでいた。
9	ワクチンを常温で3時間放置してしまったため1044回分が使用できなくなった。	医療従事者が冷蔵庫から175本入りの箱を取り出し、1本を看護師に渡した後、箱を冷蔵庫に戻し忘れていた。
10	高齢者施設で電気設備点検を行っていたところ、冷蔵庫と冷凍庫で保管していた138回分のワクチンが使用不能となり廃棄した。	設備点検により、時間程度停電したため、冷蔵庫及び冷凍庫内の温度が上昇したため。施設管理者と医療従事者間で情報共有がされていなかった。
11	集団接種会場のホテルで、ワクチン保冷庫につながるブレーカーがおちていたため、210回分を廃棄した。	ホテル従業員による棚卸作業があり、節電のためブレーカーを落とした可能性がある。施設管理者と医療従事者間で情報共有がされていなかった。

保管・解凍・搬送に関する認識不足（2）

	アクシデント概要	推定される原因
12	個別接種の医療機関で、ワクチン保管冷蔵庫の扉を8時間以上開放していたため、60回分のワクチンを廃棄した。	スタッフが扉を閉め忘れた。
13	ワクチン管理業務の受託業者が、残ったワクチンを一時保管ボックス内に放置し、162回分が使用不能となった。	ワクチン管理受託者が、マイナス20度の一時保管ボックス内でワクチン分配作業後、マイナス75度の超低温冷凍庫へ戻すことを失念し、一時保管ボックス内に放置した。
14	ワクチン保管用の冷蔵庫の扉が完全にしまっておらず、管理温度を上回ったことから24回分のワクチンを廃棄した。	翌日接種用のワクチンを冷蔵庫から取り出した後、扉をきちんと閉めていなかった。
15	ワクチン保管用の冷凍及び冷蔵庫の電源が切れ、管理温度が規定より高い状態になっていたため、保管していたワクチン132回分を廃棄した。	冷凍冷蔵庫の上部にワクチンを収めるトレーを置いており、トレーを上げ下げする中で、気付かないうちにスイッチに触れ、電源がオフになっていた。
16	ワクチン1箱（1170回分）を冷蔵庫で保管せず、使用できなくなった。	ワクチン15箱を冷凍庫へ移す際、担当者3人が1箱だけ配送用の段ボール箱から取り出し忘れ、収納する際に数の確認を怠った。
17	一度解凍したワクチン156回分を誤って再凍結させた。	解凍済みのワクチンを冷蔵庫から取り出したところ、庫内の温度が1度になっており、ワクチンが凍ってしまった。
18	ワクチンを希釈しないまま室温放置し、114回分が使用不能となった。	会場にワクチンを搬入後すぐに希釈することとなっていたが、担当者が午後の使用分として希釈しないまま放置していた。
19	冷蔵庫で保管しなければならないワクチンを、誤って超低温冷凍庫で保管したため3192回分を廃棄することになった。	会場責任者へワクチン接種会場の冷蔵庫に保管するよう指示があったが、内容を聞き間違え、スタッフが誤って超低温冷凍庫にワクチンを保管してしまった。

希釈・分注に関する認識不足（1）

	アクシデント概要	推定される原因
1	希釈済みのワクチンを再度希釈してしまった。	単純ミス
2	常温のまま3時間程度放置し、960回分が使用できなくなった。	配送業者が誤って、保冷BOXからワクチンを取り出した状態で受け渡したため。
3	注射器のワクチン量が少ないことに気づき、5回分のワクチンを廃棄した。	規定よりも少ない生理食塩水で希釈してしまった。
4	ワクチンに生理食塩水を注入する際、量を間違え使えなくなった。	調整方法がしっかりと伝わっていなかった。
5	生理食塩水で希釈した際、本来の注射器5本分に満たず、濃度が規定と異なる可能性があることから廃棄した。	生理食塩水の量を間違え希釈してしまった。
6	ワクチンを薄めすぎて濃度が足りないまま接種した。	既に使用したバイアルに残ったワクチンを、もう1度希釈してしまった。
7	ワクチン1本分を希釈する際、生理食塩水が規定量より少なかったため安全性を考慮し、廃棄した。	集団接種会場で、薬剤師が作業に追われてミスをした。
8	集団接種会場で希釈作業中の薬剤師が話しかけられ、5回分を廃棄することとなった。	希釈作業に専念できる環境が整っていなかった。
9	50回分のワクチンの希釈作業をしていたところ、本来5回分取れるところが、4回分しか取れないケースが発生した。	生理食塩水の量を間違え希釈してしまった。
10	5人分取れるはずのワクチンが、3人分しか吸引できなかった。	吸引前に別の看護師が希釈用生理食塩水を別の注射器で吸引していたため、定められた1.8mlより少ない量で希釈した。
11	誤って濃度の高い新型コロナワクチンを65歳以上の4人に接種した。	この医療機関で普段使用しているシリンジ（1.3ml）が、国から配布されたシリンジ（1.8ml）とは異なっていたため、目盛りを間違えた。

希釈・分注に関する認識不足（2）

	アクシデント概要	推定される原因
12	5人に対して生理食塩水のみを接種した。	空になった容器に誤って希釈用の生理食塩水を注入していた。
13	ワクチンを混合しないまま生理食塩水だけを12人に接種した。	看護師2人1組で行う接種手順が十分守られていなかった。接種終了後、ワクチンが充填された注射器が残っていたため発覚。
14	低濃度のワクチンを最大6人に誤って接種した。	バイアルに印を付けるルールであったが、注射器に移し替えた後のバイアルに担当者が印を付け忘れ、バイアルに残った液体を原液と勘違いして再度希釈していた。
15	2時間以内に希釈しなければならないところ、15回分の希釈作業を行っていなかった。	集団接種会場で冷蔵庫からワクチンを取り出し作業を進めていたが、ワクチン接種時間の情報が行き届いていなかった。

バイアルの取扱いに関する認識不足

	アクシデント概要	推定される原因
1	複数バイアルの残余ワクチンを集めて使用してしまった。	残余ワクチンに関する情報が共有されていなかった。
2	使用済みのバイアルを冷蔵庫に戻してしまい、新品のバイアルを空のバイアルと取り間違えて廃棄してしまった。	バイアルに残ったワクチンを集めて再利用するつもり（禁止されている）で冷蔵庫に戻していた。 (残余ワクチンに関する情報が共有されていなかった。)
3	バイアルの残余カウントを誤り、廃棄してしまった。	単純ミス
4	誤って使用後の空バイアル（ワクチンなし）に生理食塩水を注いでしまった。	単純ミス
5	5人分のワクチン濃度が本来の3割しかなく、不十分だったことが判明。	薬剤師が誤って、使用済みバイアルに生理食塩水を注入して使用してしまった。終了後、接種した人数などを確認した際に発覚。
6	使用済みのバイアルを使用前と誤り、残っていたワクチンを希釈したため、通常より低濃度のワクチンが接種された。	看護師が使用済みのバイアル1本をワクチンホルダーに保管していたため、使用前と間違ってしまった。

注射器の取扱いに関する認識不足（1）

	アクシデント概要	推定される原因
1	中身が空である注射器を誤って接種してしまった。	使用済みの注射器を廃棄せずテーブルに置いてしまった。
2	規定容量の半分しか入っていない注射器に気づき、ワクチン濃度が異なる可能性があるとして判断し、残っていた12回分を廃棄した。	注射剤が規定容量の半分しか入っていなかった。
3	54人対象のワクチン接種会場で生理食塩水を1人に誤注射してしまった。	濃度を間違え注射器6本に充填したことに気づき、この6本を取り除いたつもりだったが、1本残したままだった。
4	注射剤が入っていないにもかかわらず誤注射してしまった。対象者には0.3mlの空気が注射された。	単純ミス
5	希釈する際、注射器から生理食塩水が漏れ出した。	注射針の取付け方に問題があった。
6	注射剤の量を誤ってセットした注射器と正規の量でセットした注射器が混在してしまい、50回分のワクチンを廃棄した。	濃度が違う注射器があるとは思わず作業を進めてしまった。
7	集団接種会場でワクチンの入った注射器が足りないことが判明。	会場の移動経路に脆弱点があった可能性が高い。（盗難の可能性もあるとして警察へ通報。）
8	70代の女性に対してワクチンを1日2回注射した。	医師が接種する際、ワクチンが体の中に入っていく感覚がなかったため空気を注射したと勘違いした。
9	90代の女性1人に使用済みの注射針を再使用した。	マニュアルに反し、看護師1人が使用済み注射器の針にキャップをつけ、この注射器を別の看護師が使っていた未使用の注射器のトレーに置いたことが原因
10	60代の男性に医師が誤って使用済みの注射器を刺した。	注射器は使用後すぐに専用のごみ箱に廃棄するルールが徹底されていなかった。
11	高齢者施設でのワクチン訪問接種で、看護師が誤って使用済みの注射器を刺した。	使用済み注射器は廃棄用ケースに捨てなければならないが、看護師が未使用注射器を入れるケースに戻っていた。

注射器の取扱いに関する認識不足（2）

	アクシデント概要	推定される原因
12	医師が誤って別の人に使用した注射器を刺した。	使用済み注射器を廃棄物ボックスに捨てず、未使用注射器が入ったトレーに戻していた。 廃棄の際は針先にキャップをつけないルールになっていたが、使用後に再度キャップをつけていた。
13	医師が直前に使用した注射器を誤って刺した。内筒が押せないことでミスに気付いた。	看護師が使用済み注射器をすぐに廃棄せず処置台に置き、新しい注射器と取り違えて医師へ渡してしまった。
14	高齢者向け集団接種で、ワクチンの入っていない注射器で0.3ミリリットルの空気を注入した。	瓶からワクチンを吸い上げる作業がうまくいかず、注射器にワクチンが入っていないにもかかわらず、充填担当者と確認担当者、医師のいずれも見落とした。
15	20代男性に対して、他の接種者に使用した注射器の針を刺した。	医師が使用済みの注射器を廃棄せず、使用前の注射器を置くトレーに戻してしまった。
16	C型肝炎患者へ使用した可能性のある注射器を再度使用した。	使用済みの注射器を廃棄分としてケースへ戻す際、誤って1本だけキャップをつけたことで未使用分と取り違えた。
17	使用済みの注射器を再度使用した。	使用済注射器を廃棄せず、未使用の注射器のそばに置いていた。

本人確認ミス（1）

	アクシデント概要	推定される原因
1	高齢者施設で3週間後に2回目を接種すべきところを3日後に実施してしまった。	予診票を予め回収していたため、日向ぼっこをしていた入所者が混じってしまい、気づかなかった。
2	高齢者施設に入所する80歳代の女性に、ワクチンを誤って1日に2回接種した。	食堂で並んでもらい接種を開始した後、医師が巡回して接種する方法に切り替えた、1回目を終えて待機場にいた女性に再び接種してしまった。本人へ確認を怠ったため。
3	高齢者施設に入所する95歳の女性に3週間空けるべきところを6日後に接種してしまった。	別の入居者と誤診し、予診票の名前を確認していなかった。
4	集団接種会場で男性に1日2回接種した。	接種の案内係が男性の予診票を確認しなかった。接種した直後に誤りに気付いた。
5	90代女性に誤って3回ワクチンを接種した。（高齢者施設で1回目を接種後、医療機関に入院し2回目を接種、2回目接種の3日後に3回目のワクチンを接種した。）	予診票の確認、本人確認の不足。医療機関内での情報共有不足。
6	施設に入所する認知症の男性に対して1回目のワクチン接種の翌日に2回目を接種した。	ワクチン接種の予診票がまとめて置かれており、本人確認が行われていなかった。また、男性本人が認知症を患っており、自己申告が難しい状況だった。加えて、施設内接種会場への出入りは、入所者に限り自由であった。
7	高齢者施設でワクチンを2回接種済みの女性に3回目の接種を行った。	接種会場の食堂に食事のため偶然居合わせた女性に、施設の看護師が誤って別の入居者の接種券を配った。接種を担当した医師と看護師も間違いに気づかなかった。
8	80代の女性に同じ日に2回接種した。	接種後にブースを出て待機者用の椅子に座っていた女性を、別のブースの担当者が未接種と勘違いし、呼び込んで反対の腕に接種した。
9	100歳代の女性に1回目から13日しか開けずに2回目のワクチンを接種した。	接種終了後に接種券や予診票をチェックしたところ、1回目の接種を13日前に行っていたことが判明した。接種券や予診票の確認が不十分だったことが原因

本人確認ミス（2）

	アクシデント概要	推定される原因
10	90代女性にワクチンを3回接種した。	当該女性と同じ時刻に姓名の読みが同じ女性がワクチン接種のために来院し、2人が並んで待合室に座っていたため、看護師が取り違えた。医師もワクチンを接種することや接種回数を確認することなく接種していた。
11	60代男性にワクチンを1日2回接種した。	男性は同じ日に2回接種を受けるものと勘違いしていた。また、医師が2回目接種時の本人確認を行った際、1回目接種から3週間以上経過していると誤認したことや、会場内の人の動きが重なり、隅々まで注意が行き届いていなかった。
12	高齢者施設に入所する90代の女性に対して、同日に2回接種した。	接種を受けた人は別の場所で待機する予定だったが、誘導がうまくいかず、女性は接種場所にそのまま残っていたため。
13	個別接種会場で70代男性が2か所ある接種ブースのうち、1つに入りワクチン接種を受けた。その5分後、もう一方のブースから名前を呼ばれ2回目の接種を受けた。	予診票をまとめた資料を接種ブース2か所で共有して順番を確認していた。この中に接種を終えた人の予診票が混入していた。
14	別の予防接種のために来院していた女性に、3回目の新型コロナワクチンを接種した。	受付や予診では、新型コロナワクチン以外の予防接種であることを共有していたが、接種を行った看護師が予診票を十分に確認していなかった。この会場では、新型コロナワクチンと別の予防接種を同じ処置室で実施していた。