

予防接種時の事故について

資料 6

平成26年4月1日から平成27年3月31日までに発生した事故について取り
まとめた結果は以下のとおり

【参考：平成25年度定期接種延べ接種回数 41,052,024】

事故の態様	件数	全体割合	10万回あ たりの率
1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2.を除く)	262	5%	0.64
2. 対象者を誤認して接種してしまった。	313	6%	0.76
3. 不必要な接種を行ってしまった。(ただし任意接種だとしても、 医学的に妥当な説明と同意に基づくものであれば含めない)	660	11%	1.61
4. 接種間隔を間違えてしまった。	2,777	48%	6.76
5. 接種量を間違えてしまった。	156	3%	0.38
6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	6	0.1%	0.01
7. 接種器具の扱いが適切でなかった。(8.を除く)	26	0.5%	0.06
8. 既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切で ない取り扱いのうち、血液感染を起こしうるもの。	14	0.3%	0.03
9. 期限の切れたワクチンを使用してしまった。	889	16%	2.17
10. 不適切な保管をされていたワクチンを使用してしまった。	6	0.1%	0.01
11. その他(対象年齢前の接種、溶解液のみ接種等)	576	10%	1.40
合 計	5,685	100%	13.8

8. 血液感染を起こしうる事例の概要

	概要	事故の対応
1 (ヒブ)	ワクチン接種直前に被接種者1名が動き、注射針が接種医の手に刺さった。接種医は針が手をかすめたのみで刺さっていないと思い込み注射針を交換せず被接種者にワクチンを接種したが、接種後に接種医の左手親指から出血を確認した。	接種医の血液検査を実施。被接種者が転出することとなったため、転出先のかかりつけ医へ接種医の血液検査結果とともに紹介状を作成し、転出先のかかりつけ医の元で経過観察の判断。現時点での健康被害等症状なし。
2 (インフルエンザ)	注射器がトレーに2名分用意してあったが、使用済み注射器をトレーに戻してしまったため、未接種者1名に対し誤って使用した。	被接種者へは感染症に関する血液検査を実施し、いずれも陰性であった。
3 (BCG)	集団接種の際に、接種担当医師が開始時間に遅れたため、別の医師が一部の対象者5名に接種を行い、その際に使用済み注射針を廃棄場所ではない空のトレーに置いたまま、本来の接種担当医師に交代し、担当の看護師も対象児童及び保護者の対応に追われ、注射針の廃棄まで確認を行っていなかったため、使用済み注射針を未接種児童に対し誤って使用した。	対象者全員の保護者に経緯を説明し、希望者に血液検査を実施、陰性であった。
4 (BCG)	集団接種の際、針の交換作業を接種担当医師のみの確認で行っていたため、担当医師の作業ミスにより注射針が別の被接種者2名に使用されるに至った。	被接種者へは感染症に関する血液検査を実施し、いずれも陰性であった。
5 (BCG)	医師2名、看護師2名の2診体制で予防接種を実施し、1診の医師が使用した針と薬液が入ったトレイを作業台に戻したため、2診の医師が作業台に置かれたトレイを新しく準備されたものだと思い込み、別の未接種者5名に対し誤って使用した。	前接種者は過去の血液検査で陰性であったが、同日、血液検査を行い、陰性であった。