

発表タイトル

新型コロナウイルスワクチン接種における使用済み注射器の誤接種について

個別接種に協力いただいている町内の医療機関において、新型コロナウイルスワクチンの接種の際、使用済み注射器を誤って別の接種対象者に接種してしまったという事故が発生しました。

なお、対象者には血液検査を受けていただきました。引き続き経過を観察しています。現時点で症状は見られません。

発生日時 令和3年6月11日（金） 午前

発生場所 医療機関

対象者 70代男性 1人

内容 医療機関に実施していただいている個別接種で、接種医が前の方に使用した注射器を対象者に接種してしまいました。接種時に内筒が押せないことで誤接種に気づき、すぐに抜き、改めてワクチン接種を実施しました。

その後、対象者に謝罪するとともに説明を行い、感染症の有無を確認するための血液検査を行いました。

しばらくの間経過観察し、体調に異変がないことを確認したのち、ご帰宅いただきました。

経緯 通常は、看護師がワクチンを充填した注射器を準備し、膿盆に乗せて接種医の元に運び、膿盆ごと接種医に渡しています。接種後は看護師が膿盆ごと受け取り、速やかに破棄しています。今回は、使用済み注射器をすぐに破棄せず処置台の上に置いたまま、新しい注射器を準備したため、処置台の上に、使用済みと未使用のそれぞれの注射器が入った膿盆が並び、誤って接種済みの注射器で接種しました。

事故後の対応 当該医療機関において、ひとり前の方にも感染症の有無等の確認のための血液検査にご協力いただきました。引き続き接種者の経過観察をさせていただくとともに、感染症陽性の場合は、必要な処置を講じてまいります。

再発防止策

(当該医療機関) 今後は、接種後その場で使用済み注射器の破棄を行うとともに、接種業務について複数の職員で確認するほか、今回の事故をスタッフ全員で共有し、再発防止に努めます。

(伊奈町) 再発を防止するため、実施医療機関に対し、使用済み注射器の速やかな破棄を含め、厚生労働省が示す接種マニュアル等の再徹底を図るとともに、全国で発生しているワクチン接種によるアクシデント事例集を作成し、実施医療機関に配布を行い注意喚起を図ります。決してあってはならない事故であるため、地区医師会支部長に対し再発防止策を講じるよう依頼したところ、支部長から地区医師会に情報提供と再発予防について連絡をしました。