

令和4年8月12日
向日市

予防接種における間違い接種の発生について

令和4年8月8日に、市内在住の乳児（0歳2か月）に、間違い接種を行う事案が発生しましたのでお知らせいたします。

■ 発生日：令和4年8月8日（月）

■ 場所：向日市内医療機関

■ 経過

「小児の肺炎球菌感染症」「B型肝炎」の予防接種を同時に受けようと医療機関を訪れた0歳2か月の乳児に対し、接種医師が誤って「高齢者の肺炎球菌感染症ワクチン」を接種し、また、B型肝炎ワクチンの接種量を誤って接種した。

8月 8日（月）	肺炎球菌ワクチン・B型肝炎ワクチン同時接種 接種医師が肺炎球菌ワクチン種類の誤りに気づく。
8月 9日（火）	接種医師から被接種児保護者へ事情を説明し謝罪、健康状態を聴取 接種医師が近隣総合病院へ、被接種児の健康観察の受入を依頼
8月10日（水）	接種医師がB型肝炎ワクチンの接種量誤りに気づく。 接種医師が被接種児保護者へ事情を説明し謝罪、健康状態を聴取 被接種児が近隣総合病院を受診

（被接種児に、現時点で健康状態の変化は認められない。）

■ 発生要因及び医療機関における再発防止策

（1）小児の肺炎球菌感染症予防接種

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種ワクチンを誤って接種

＜発生要因＞

接種医療機関では、予防接種の予約を受けた後にワクチンを発注している。その発注の際に「肺炎球菌ワクチン」とだけ伝えたため、納入業者が高齢者用肺炎球菌ワクチンと受け止めて納品した。接種当日は、接種医師と看護師でワクチンの確認をしているが、高齢者用ワクチンであることに気づかずに接種をした。

<医療機関における再発防止策>

ワクチン納品時、準備時、接種直前の確認を徹底する。

ワクチンを確認するときには、「肺炎球菌ワクチン」ではなく、「ニューモバックス」、
「プレベナー」と薬品名で確認する。

(2) B型肝炎予防接種

10歳未満の接種量は0.25mlであるが、誤って0.5ml製剤を使用し接種した。

<発生要因>

使用する製剤の用量の確認を行わなかったため、0.5ml製剤であることに気づか
ずに接種をした。

<医療機関における再発防止策>

ワクチン納品時、当日の準備時、接種直前の確認を徹底する。

■ 市の対応

(1) 8月9日(火)に接種医療機関から肺炎球菌ワクチン間違い接種報告を受け、詳細確
認。医療機関からの連絡と同時に、保護者からも間違い接種について連絡と相談が入
り、詳細を確認した。

(2) 8月10日(水)に接種医療機関からB型肝炎間違い接種報告を受け、詳細を確認し
た。

※ 今後、接種医療機関への再発防止策の指導を行うとともに、各医療機関へ注意喚起を
行います。

※ ご本人様の健康状態について関係機関と連携し、しっかりとフォローしてまいります。