



注意

## ワクチンの再希釈 (ファイザー社ワクチンの場合)

使用済みのバイアルを、再度希釈して使用する誤りが起きています。

再希釈したワクチンを誰に接種したかが分からず、多くの人に影響が及びます。

※2021年6月16日までに、接種量の間違い（再希釈、希釈忘れ）が13件報告されています。

### 以下の対策が有効です！

- ① 1トレイに、1バイアル分の必要物品を準備し、**常にトレイ単位で準備、接種を行う**



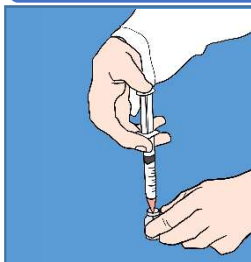
未使用  
バイアル  
(キャップ有)



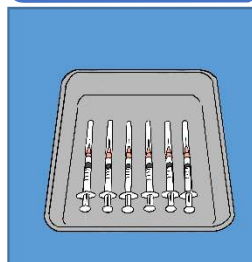
使用后  
バイアル  
(キャップ無)

- ② バイアルのキャップを外し、希釈・充填し、トレイに6組セットするまでの、**一連の作業を中断しない**

担当は専従に



離席・引き継ぎは  
作業を終えてから



他人と話さない  
話しかけない



PHSは  
OFF



- ③ 充填された薬液の外観を確認する

- ・生理食塩水：無色透明
- ・ワクチン：軽度白濁

薬液充填の確認



上記は一例です。自会場に合った取り組みを検討してください。

# ワクチンの再希釈

(ファイザー社製ワクチンの場合)

## 間違いが起きたのはどんなとき？

- ① 必要数のワクチン、注射器等を作業台の上に準備し、2名（担当者A・B）で希釈・充填を開始した。
- ② 作成していた作業手順書では、希釈・充填後のバイアルは作業台の上にある廃棄容器に捨てることとしていたが、担当者Aは、**院内PHSのコールに対応**するために、**希釈・充填後のバイアルを捨てず、作業台の上に置いたまま、作業台を離れた。**
- ③ 担当者Bは、**作業台上にあったバイアルを希釈前のものと思い込み、希釈・充填後のバイアルに生理食塩水を注入**し、注射器に充填した。
- ④ 接種担当者Cは、正しく希釈されたワクチンがセットされていると思い込み、セットされたものの外観を確認せずに接種した。
- ⑤ 希釈・充填担当者は、予定数のバイアルの希釈・充填が終了した時に、未使用のバイアルが残っていたため、再希釈した可能性に気がついた。

## 間違いが起きたのはなぜ？

- キャップを外した後の**希釈前のバイアルと、希釈・充填後のバイアルは、見た目ではほぼ区別できない**
- バイアルのキャップを外し、希釈・充填してトレイに載せるまでの**一連の作業が、外的要因（電話や別の作業）により中断された**
- 希釈・充填後のバイアルは廃棄することになっていたことから、作業台にあるバイアルは、バイアルのキャップが外されたものであっても、希釈・充填後のものであるとは思わなかった
- 希釈・充填担当も接種担当も、**注射器に充填された液体の外観を確認していない**

(生食：無色透明、ワクチン：軽度白濁のため、目視で確認可能)

間違いはどの会場でも起こりうるからこそ、  
間違いが起きる要因を減らす対策が重要です。  
取り組むのは、今です。

※本資料は、事案当事者へのヒアリング等によって作成時点で確認できた範囲の情報をもとに、厚生労働省において取りまとめたものです。記載内容については、今後の状況を踏まえ、適宜見直しを行う可能性がある旨ご留意ください。  
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。