

予防接種医療事故に関する報告書 ー 検証と今後の対策ー

2011.10.27 京王八王子クリニック 小児科 末松隆子

1) 事故の概要

平成 23 年 10 月 6 日(木)午後 3 時 15 分頃、麻しん風しん混合ワクチン(以下 MR)接種予定の X さん(平成 18 年 3 月 19 日生)に、日本脳炎ワクチンを接種してしまった。

2) 事故の事実経過

①当科での予防接種外来の概要と木曜日の特徴

通常予防接種外来：月・水・金・土の午後 2 時～3 時に他の感染症等の患者診察とは別に予防接種を行う。予診と母子手帳返却をする看護師 2 名・診察室で医師の介助(診察の介助と接種の準備)を行う看護師 1 名、診察接種を行う医師 1 名で 20 名程度に予防接種を行っている。ワクチン接種時には医師看護師共に、接種間違いを防ぐためワクチンの種類や接種量を声に出して指示する・あるいは指示を受けることを基本としている。木曜午後の予防接種外来：通常予防接種外来とは異なり、一般外来の診察も併せて行っている。先にも述べたように予防接種外来は他の患者診察とは別の時間に行うことを基本としているが、年長児では午後 2 時～3 時の間に来院することが困難な場合も多く、木曜の午後に限ってこのような体制をとっている。従って通常予防接種外来では接種医師の診察室に入って同一の看護師が接種の介助にあたるが、木曜日に限っては診察処置などにかかわっていない看護師がその時々で介助にあたることになり同一の看護師が対応しているわけではない。

②事故の経過

i) 午後小児科外来で一般診察と予防接種が始まり、D 看護師と E 看護師で X さんの予診のダブルチェック(熱を測る・予診票の記載内容や接種ワクチンの種類、接種間隔に問題がないかを 2 名でチェックする)をし、カルテを第 2 診察室(以下 2 診)に入れた。X さんは処置室で待機していた。

ii) 2 診近くで他の予防接種来院者 Y さん(日本脳炎ワクチンの接種予定)の予診チェックをした A 看護師は Y さんのカルテを 2 診に入れた時、B 医師から「予防接種を始めるので患者さんを読んで」と声をかけられた。そこで A 看護師は「はい」と返答しカルテの表の名前だけを見て、中に挟まれた予診票を確認せず、処置室の X さんを 2 診に誘導した。この時 X さんは母親と 1 歳下の妹と一緒に 2 診に入った。X さんと母親は B 医師の診察をうけたが、その時 A 看護師は妹の様子に気を配っていて、診察の介助は行わなかった。診察が終わった予診票はカルテに挟まれて上からは見えない状態となっていた。B 医師の診察が終わり、B 医師はワクチンの種類は告げずにただ「ワクチンをやるから」と A 看護師に声をかけた。A 看護師は閉じられているカルテを開いて

予診票の色やワクチンの種類を確認することがないまま、自分が直前に予診をとった日本脳炎ワクチンを接種するものと勘違いし、日本脳炎ワクチンを準備して「日本脳炎ワクチン 0.5ml です。」と言って B 医師に渡した。

iii) B 医師は、少し前に重症の患者さんを診察し入院をすべきかどうかの判断をしなければならなかったのと、予防接種来院者のカルテが数冊つまれており、あわてて焦ってしまい閉じたカルテに挟まれた MR ワクチン接種予定の予診票とワクチンの種類を確認することなく、また、「MR ワクチン 0.5ml ですね」と母親に声を出して確認することなく、誤って渡された日本脳炎ワクチンをそのまま X さんに接種した。そして MR ワクチンの予診票に日本脳炎のワクチンのシールをはって A 看護師にカルテを渡したが、この時にも誤接種に気づかなかった。

iv) 接種を終えた X さんは処置室にもどり母子手帳などの返却を待っていた。接種済カルテを受け取った A 看護師は挟んであった予診票をみてすぐに誤接種に気づき、あわてて小児科責任 C 医師に誤接種の報告をした。

3) 事故の要因について

①予防接種にあたっては、接種事故を起こさないように接種する方法「予防接種間違い防止の手引き」がすでに設定されている。しかし今回 A 看護師・B 医師共にこのマニュアルを順守せず、自分の思い込みと不足したコミュニケーションの中で誤接種をした。

②A 看護師は自分の思い込みのまま、以下のように接種ワクチンの確認を怠ったため、日本脳炎ワクチンを準備するという誤接種の要因を作った。*カルテに挟まって見えなかったため予診票を確認しなかった。*診察介助すべきところ同伴の妹の世話に気を取られ、ワクチン確認の時期を逃がした。*医師の「ワクチンをやるから」の声かけに「何のワクチンですか？」と再確認しなかった。*溶解したワクチンを医師に渡す時、「日脳ワクチン 0.5ml です」といったが、母親に対して同様に声を出しての確認をしなかった。

③B 医師は診療が重なってあわてており、いつもなら行っている「看護師にワクチンの種類と接種量を声を出して指示すること・ワクチン接種者にワクチンの種類と接種量を声を出して最終確認後接種すること」を怠ったため、看護師から誤ったワクチンを渡されてもそのことに気づかず誤接種した。

4) 予防接種事故防止の当面の対策

①医師・看護師等予防接種に係わる者は、「予防接種間違い防止の手引き」を読み合わせし再確認する。

②手引きにもあるように、医師・看護師ともにワクチン接種時には大きな声をだして、接種対象者の名前・年齢ワクチンの種類・接種量の確認を行う。看護師が注射器に入れたワクチンを医師に手渡す時、再確認のためワクチンの入っていたバイアルも一緒に提示し、それを受け取った医師は接種者にもバイアルを提示して最終確認した後接種を行う。

③クリニックとして、看護師同士・医師と看護師などスタッフ内のコミュニケーションスキルをより高めるよう研修を行う。

④木曜日午後の予防接種は患者さんの利便性を考えて夕方までの診療時間に行っているが、このことが忙しくて誤接種を招く一因となっていることはいなめない。今後は午後3時～4時までを予防接種限定の時間とし、接種介助の看護師も同一者とし、B医師の診療時間は4時～6時までの間とする。

5) 事故発生後の対応

①C 医師はすぐに MR ワクチンを接種すべきところ誤って日本脳炎ワクチンを接種してしまったことを説明し X さん親子に謝罪した。X さんは日本脳炎ワクチンの接種歴がなかったので今回の日本脳炎ワクチン接種によって直接的な体への負担はないこと・日本脳炎ワクチンは接種勧奨をしているワクチンであることを説明、誤接種の原因と今後の対応については改めて報告することを約束した。1週間以降であれば接種予定だった MR ワクチンが接種可能となるため、接種事故を起こしてしまった当科でも良ければ接種させていただき、不安が強ければ他院での接種をご紹介する旨説明したところ、母親の了解を得て後日当科での接種となった。

②C 医師は接種事故の件をすぐに市保健センター予防接種担当課に報告、本来ならば誤接種した日本脳炎ワクチンの費用は当科で負担すべきところだが副反応発生時の補償等の観点から、公費負担での予防接種とする方が X さんのためと考えその説明をしたところ、担当課からも了解を得ることができた。その当日の夜 X さんのご自宅に電話し帰宅された父親に誤接種の件を説明し謝罪した。また、疑問点があればいつでも連絡を入れてもらうため自らの携帯電話番号も伝えた。

③後日、予防接種事故に関する報告書をご自宅に送付し、再度謝罪した。