

①

平成24年11月12日

社団法人 広島市医師会長 様

社団法人 安佐医師会長 様

社団法人 安芸地区医師会長 様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局保健医療課)

4種混合ワクチン接種マニュアルについて

平素より本市の保健衛生行政に御協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

4種混合ワクチンが導入されることに伴い、各医療機関用の4種混合ワクチン接種マニュアルを整理いたしましたので、別紙のとおり送付いたします。

担当：保健部保健医療課

下村、山内

TEL:082-504-2622

4種混合ワクチン接種マニュアル

平成 24 年 11 月 9 日

②

1 接種開始時期

平成 24 年 11 月 21 日 (水)

2 接種ワクチン

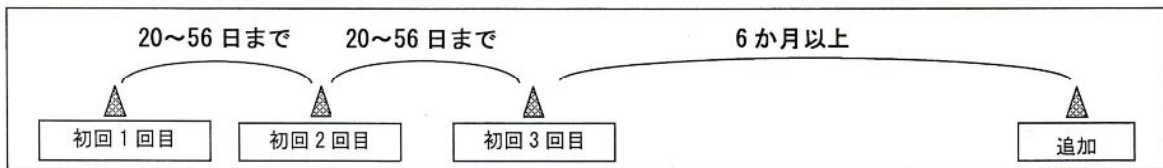
沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ (セービン株) 混合ワクチン

- ・テトラビック (阪大微生物病研究会製)
- ・クアトロバック (化学及血清療法研究所製)

※接種完了まで、この 2 つのワクチンを組み合わせて使用することができます。

3 接種方法

原則、4 種混合ワクチンは、3 種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンどちらも未接種の場合に接種します。



区分	接種					備考
	対象者	標準的な接種期間	回数	間隔	方法	
1 期 初回	生後 3 か月から 90 か月に至るまでの間にある者	生後 3 か月～生後 12 か月に達するまでの期間	3 回	20 日から 56 日まで*	1 回当たり 0.5mL を皮下接種	<ul style="list-style-type: none"> ・生後 3 か月以降できるだけ早期に接種を開始する。 ・他のワクチンとの同時接種は医師が必要と認めた場合は可能。
1 期 追加		初回接種 (3 回) 終了後、12 か月～18 か月に達するまでの期間	1 回	初回接種 (3 回) 終了後、6 か月以上*		

※20 日から 56 日までの間隔を置いて接種 ⇒ 3 週間後の同じ曜日以降に接種すれば、「20 日以上の間隔を置いた」ことになり、8 週間後の同じ曜日の翌日までに接種すれば、「56 日までの間隔を置いた」こととなります。

【参考：接種スケジュール (20 日から 56 日までの間隔とは)】

曜日	日	月	火	水	木	金	土
0		★接種日	1	2	3	4	5
1	6	7	8	9	10	11	12
2	13	14	15	16	17	18	19
3	20	21 最短日	22	23	24	25	26
4	27	28	29	30	31	32	33
5	34	35	36	37	38	39	40
6	41	42	43	44	45	46	47
7	48	49	50	51	52	53	54
8	55	56	57 最長日	58	59	60	61

20 日以上の間隔：
3 週間後の同じ曜日が接種最短日

56 日までの間隔：
8 週間後の同じ曜日の翌日が接種最長日

☆6 か月以上の間隔を置いて接種 ⇒ 6 か月後の次の日以降に接種

(例：4 月 8 日に接種→10 月 9 日以降に接種)

【三種混合およびポリオの接種履歴種別にみた接種方法】

接種履歴		接種するワクチンの種類及び回数			接種方法の原則
ポリオ	3種混合	4種混合	3種混合	不活化ポリオ	
0	0	4	0	0	4種混合ワクチンを4回接種
0	1~4	0	3~0	4	3種混合ワクチンと不活化ポリオワクチンを必要回数接種
生1	0~4	0	4~0	3	
不活化1~3	0~3	0	4~1	3~1	
不活化1~3	4	接種できません	0	3~1	3種混合ワクチンを必要回数接種
完了(生2 or 不活化4)	0~3	接種できません	4~1	接種できません	

※ 生ポリオワクチンを2回接種した人は、ポリオワクチンの接種を完了しているので、3種混合ワクチンを接種してください（4種混合ワクチンは接種できません）。

【ポリオワクチン・3種混合ワクチンと4種混合ワクチンの併用について】

保護者が4種混合ワクチンの接種を希望し、医師も医学的見地から接種が可能であると判断した場合は、以下の①、②の項目をともに満たす場合のみ併用が可能です。満たさない場合は、定期接種の対象になりません。

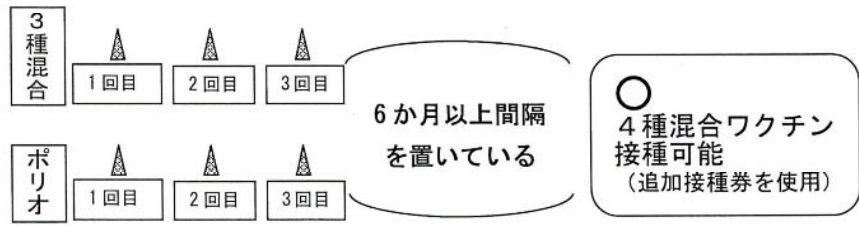
また、誤接種を防止するため、併せて③の項目も満たすようにしてください。

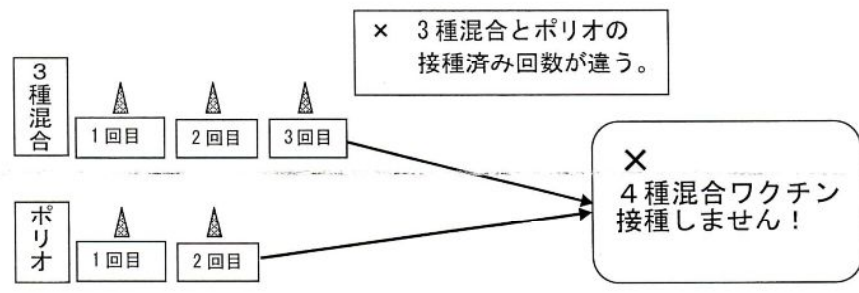
- ①それぞれのワクチンの接種間隔を守っている。
- ②ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオの法定接種回数を超えない。
- ③その接種以降は、4種混合ワクチンで接種を完了できる。

4種混合ワクチンの併用パターンは、理論上多数あり、大変複雑です。
誤接種や過剰接種を防止するため、4種混合ワクチンと3種混合ワクチン・ポリオワクチンの併用は、以下の2項目をともに満たす場合としてください。

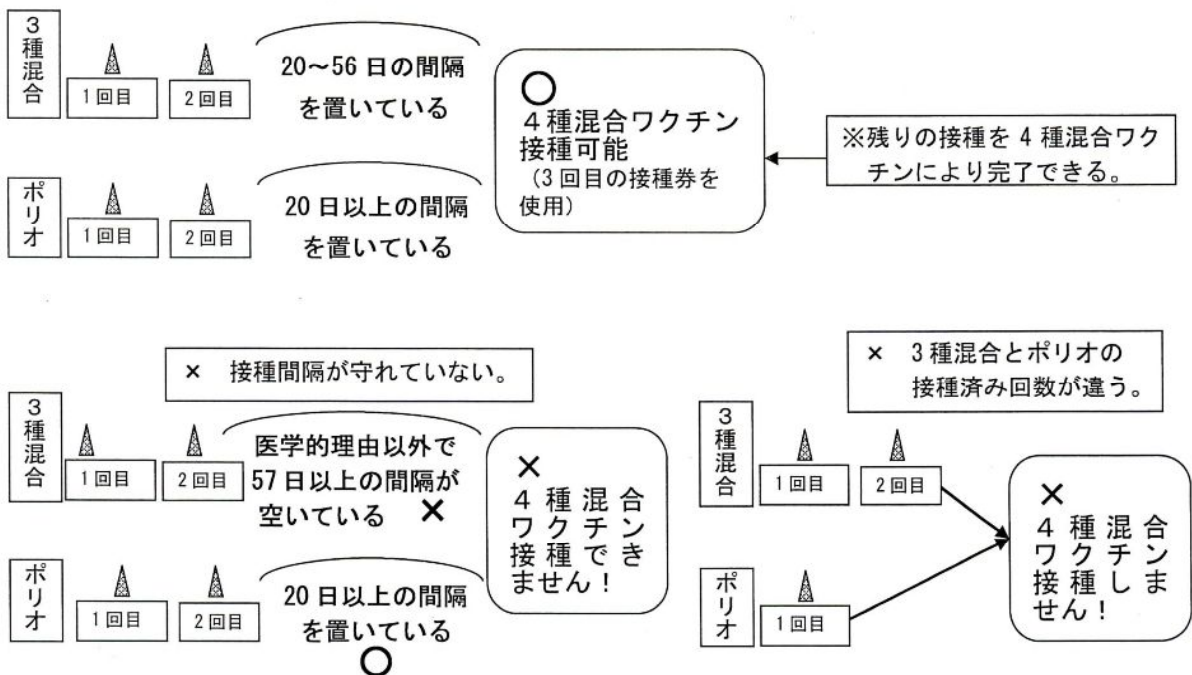
- ☆ポリオワクチン（生＋不活化）及び3種混合ワクチンをそれぞれ同じ回数接種済みである。
- ☆ポリオワクチン及び3種混合ワクチンともに接種後、決められた間隔を置いている。

〈1：追加接種において、4種混合ワクチンを接種する場合〉





〈2：初回接種内で3種混合ワクチンと4種混合ワクチンを併用する場合〉



4 接種における確認事項

	確認項目	確認するもの	確認のポイント
確認事項	(1) 広島市にお住まいの方 (住民登録している方)	健康保険証など	・広島市民であること。
	(2) 接種日に生後3か月から90か月に至るまでの間にある方	母子健康手帳 又は健康保険証	・接種日が、誕生日から3か月後の前日から90か月後の前日までの間であること。
	(3) 3種混合ワクチン・2種混合ワクチン・生ポリオワクチン・不活化ポリオワクチンの接種歴	母子健康手帳	・制度上、併用は可能だが、接種間隔や回数が増えるため、3種混合ワクチン・2種混合ワクチン・生ポリオワクチン・不活化ポリオワクチンの接種を受けた人は、原則4種混合ワクチンを使用しない。
	(4) 接種間隔・接種回数	母子健康手帳	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の接種から、定められた間隔を置いていること。(他の予防接種との間隔を空けるために接種間隔を守れない場合も、定期接種とみなされません。接種スケジュールを確実に管理してください。) ・他の不活化ワクチンを接種した後、6日以上の間隔を置いていること。 ・生ワクチンを接種した後、27日以上の間隔を置いていること。 ・ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオの法定接種回数を超えないこと。(特に、生ポリオワクチンを接種している人については注意が必要です!)

5 予診票

- (1) 予診票は初回接種及び追加接種全てにおいて共通です。記入漏れのないようにし、保護者が記入した接種歴を確認してください。

- (2) 接種前に保護者に予防接種説明書を読んでいただいた上で、予診を行ってください。
- (3) 最下段の接種量記入欄中の接種部位の項目には、接種した部位を丸で囲んでください。
- (4) 医師署名欄は自署していただくか、氏名の部分をゴム印で押印した上で認印を押印してください。
- (5) 最下段の所在地、医療機関名、医師名及び接種年月日の部分はゴム印でかまいません。
- (6) 予診票は、医療機関で5年間保存してください。

5

6 予防接種券

1期初回 3回目		広島市 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合 (DPT-IPV) (0.5ml皮下)		初回3回目	
前回接種日	4歳 平成 . .	3歳 平成 . .	2歳 平成 . .	項目	医療機関コード
住所	区 町 丁目 番 号			区No.	接種年月日 種
保護者の氏名	医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名				
接種を受ける乳幼児	カナ	生年月日	種	男・女	
	氏名				

- (1) 定期接種対象者の接種費用を請求するための券です。対象者以外には使用しないでください。
- (2) 対象者であること（年齢、住所）を必ず確認してください。広島市外の方への接種、対象年齢以外の方への接種、「発熱等の予防接種不適当者要因」以外の理由により、接種間隔を守れなかった方への接種については、広島市から接種費用をお支払いすることはできません。
- (3) 接種券は「初回1回目」「初回2回目」「初回3回目」「追加接種」の4種類があるので、使用する券を間違えないようにするとともに、記入漏れのないようにしてください。
- (4) 前回接種日欄には、前回接種した種類のワクチン欄に接種した日を記入してください。
- (5) 接種券の「項目No.」「医療機関コード」「区No.」の項目は記入の必要はありません。（記入が必要になりましたら、改めてお知らせします）。
- (6) 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名は全てゴム印で構いません。押印（認印）は必要ありません。
- (7) 記入に不備があった場合、お支払いができないのでご注意ください。
- (8) **4種混合ワクチンを接種した際に、母子健康手帳に同じ回の3種混合ワクチンの接種券が残っている場合は、当該3種混合ワクチン接種券全体にマジック等で大きく×印を書いて、使用できないようにしてください。**

7 母子手帳接種歴欄の変更について

母子健康手帳の3種混合ワクチン・ポリオワクチンの接種歴記入欄は下記のとおり変更してください。

変更前				
ジフテリア・百日せき・破傷風				
時期	ワクチンの種類	接種年月日	メーカー/ロット	接種者名

変更後				
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ				
時期	ワクチンの種類	接種年月日	メーカー/ロット	接種者名

「・ポリオ」を追記する。

変更前				
ワクチンの種類	接種年月日	メーカー/ロット	接種者名	備考
ポリオ				

変更後				
ワクチンの種類	接種年月日	メーカー/ロット	接種者名	備考
ポリオ				

ポリオの接種歴記入欄に斜線を引く。

8 健康被害救済について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

しかし、定められた接種間隔を守れなかった場合や対象年齢を過ぎて接種を希望する場合は、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われ、予防接種法に基づく補償を受けることができません。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センター（厚生部健康長寿課）または広島市健康福祉局保健医療課へご相談ください。

9 副反応の報告

予防接種法に基づく予防接種による副反応又はその疑いのある患者を診察した場合、他の定期予防接種の際と同様に、予防接種後副反応報告書を広島市に提出してください。（FAX、郵送どちらでも可）

（郵送先）730-8586 広島市中区国泰寺町 1 丁目 6-34 広島市役所保健医療課

（FAX）082-504-2258

（参考）副反応報告基準（予防接種実施要領）

臨床症状	接種後症状発生までの時間
(1) アナフィラキシー（注3）	24 時間
(2) 脳炎・脳症	7 日
(3) その他の中枢神経症状	7 日
(4) 上記症状に伴う後遺症	*
(5) 局所の異常腫脹（肘を超える）	7 日
(6) 全身の発疹又は 39.0℃以上の発熱	2 日
(7) その他の通常の接種では見られない異常反応	*

注1 表に定めるもののほか、予防接種後の状況が次に該当すると判断されるものは報告すること。

- (1) 死亡したもの
- (2) 臨床症状の重篤なもの
- (3) 後遺症を残す可能性のあるもの

注2 接種から症状の発生までの時間を特定しない項目（*）についての考え方

- (1) 後遺症は、急性期に呈した症状に係るものを意味しており、数ヶ月後から数年後に初めて症状が現れたものは含まれないこと。
- (2) その他通常の接種ではみられない異常反応は、予防接種と医学的に関連があるか、又は時間的に密接な関連があると判断されるものであること。

注3 アナフィラキシーを疑う患者の場合は、血管迷走神経反射との鑑別をするため、じん麻疹（局所を含む）の有無の他、浮腫等の血管透過性亢進による症状や呼吸困難等の呼吸器症状の有無等疾患特有の症状を確認すること。

注4 本基準は予防接種後に一定の症状が現れた者の報告基準であり、予防接種との因果関係や副作用等の被害救済と直接結びつくものではない。

10 接種費用

接種費用については、次の区分により、月ごとにまとめて請求してください。公費負担分を広島市から指定口座にお支払いいたします。

- ・ 4 種混合ワクチン接種（初回接種 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種の 4 区分）
- ・ 予診のみ

11 広報について

ひろしま市民と市政 11 月 1 日号
ホームページ

12 その他

(1) 償還払い（被接種者が医療機関で支払った接種費用を、広島市が被接種者へ後日返還する制度）は実施しておりません。助成対象であることの確認を確実に実施していただきますようお願いします。

(2) 対象者への個別通知は生後 3 か月を迎える者に対して毎月実施します。

⑦

平成24年11月14日

社団法人 広島市医師会長 様

社団法人 安佐医師会長 様

社団法人 安芸地区医師会長 様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局保健医療課)

4種混合ワクチン接種の開始について

平素より本市の保健衛生行政に御協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

4種混合ワクチンの定期予防接種について、本市では平成24年11月21日（水）から実施
します。

つきましては、貴会員へ周知していただきますようよろしくお願いいたします。

担当：保健部保健医療課

下村、山内

TEL:082-504-2622

④

平成24年11月15日

会 員 各 位

安 佐 医 師 会
会 長 伊 藤 仁

4種混合ワクチンの接種の開始について

時下 ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、標記のことにつきまして、別紙のとおり、平成24年11月14日付で、広島市長（健康福祉局保健部保健医療課）から、平成24年11月21日（水）より、広島市内において、4種混合ワクチンの定期予防接種を開始するとの通知がありました。

接種券及び予診票は、「4種混合ワクチン予防接種券等注文書」にてご注文ください。また、4種混合ワクチン接種マニュアルにつきましては、平成24年11月9日（木）に広島医師会館にて開催されました、「4種混合ワクチンの導入に関する説明会」で配布されましたものを同封しています。

なお、「予防接種・各種健検診総括請求書」については、現在改定中であり、新様式を11月19日（月）の定例理事会報告に同封いたしますので、以降はそちらをご使用いただき、これまでどおり安佐医師会事務局を通じて広島市にご請求いただくようお願いいたします。

社団法人 安佐医師会

電話 873-1840

平成24年11月15日

9

会員各位

安佐医師会事務局

4種混合ワクチン予防接種券等注文について

4種混合ワクチン接種にかかる接種券が必要な医療機関は、下記の【4種混合ワクチン予防接種券等注文書】に必要枚数をご記入いただき、ファックスにて安佐医師会事務局にご注文ください。

【4種混合ワクチン予防接種券等注文書】

医療機関名 _____

住 所 _____

(必要枚数)

① 4種混合ワクチン（1期初回 1回目）接種券	枚
② 4種混合ワクチン（1期初回 2回目）接種券	枚
③ 4種混合ワクチン（1期初回 3回目）接種券	枚
④ 4種混合ワクチン（1期追加）接種券	枚
⑤ 4種混合ワクチン予防接種予診票	枚
	枚
	枚

※予防接種の開始当初は、在庫の関係上、ご注文数を発送できない場合がありますが、ご了承ください。

1、2いずれかに○印をご記入ください

1. 安佐医師会事務局に取りに行く

2. 郵送希望

1. 11月16日（金）より受け取り可能です。

2. 郵送の場合、接種開始日（平成24年11月21日）までにお届けできない場合がございます。

送付先：安佐医師会事務局 FAX 873-1846