



福岡医発第1055号
平成24年7月13日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

「予防接種後健康状況調査の実施について」の一部改正について

標記調査は、予防接種後の被接種者の健康状況を調査、集計し、行政及び医療関係者の研究の一助とすること、また、広く国民に情報を提供し、国民の予防接種への理解と関心を深めることを目的として、平成8年度より実施しているものです。

本年9月1日より、不活化ポリオワクチンが導入されることに伴い、予防接種後健康状況調査実施要領の一部が改正され、本調査への協力について、厚生労働省健康局長より日本医師会を通じて別紙のとおり通知がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 松行眞門
会長 蒲池 壽

平成24年7月4日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

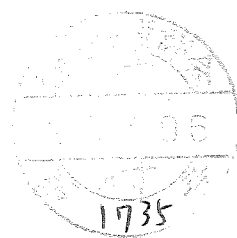
日本医師会感染症危機管理対策室長
小 森 貴

「予防接種後健康状況調査の実施について」の一部改正について

本年9月1日より、不活化ポリオワクチンが導入されることに伴い、今般、
予防接種後健康状況調査実施要領が改正され、厚生労働省より本会に対し周知、
協力方依頼がまいりました。

本調査は、予防接種後の被接種者の健康状況を調査、集計し、行政及び医療
関係者の研究の一助とすること、また、広く国民に情報を提供し、国民の予防
接種への理解と関心を深めることを目的として平成8年度より実施しているも
のです。

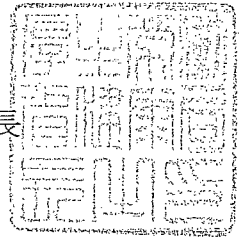
つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、都道府県、
指定都市行政から貴会ならびに当該郡市区医師会に調査の依頼がありました際
には、ご協力いただきますよう、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。



健 発 0 6 2 7 第 1 号
平成 2 4 年 6 月 2 7 日

(社) 日本医師会
感染症危機管理対策室長
小森 貴 殿

厚生労働省健康局長



「予防接種後健康状況調査の実施について」の一部改正について

予防接種行政の推進につきましては、平素より多大なご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記調査は予防接種後の被接種者の健康状況を調査、集計し、行政及び医療関係者の研究の一助とすること、また、広く国民に情報を提供し、国民の予防接種への理解と関心を深めることを目的として、平成8年度より実施しているものです。

本年9月1日より、不活化ポリオワクチンを導入することから、予防接種後健康状況調査実施要領の一部を改正し、別添（写）のとおり、改めて各都道府県知事及び指定都市市長宛て協力を依頼したところですので、貴職におかれましても当該事業の趣旨をご理解いただくとともに、当該事業に関する各都道府県・郡市区医師会への周知・協力要請等、当該事業の円滑な実施について特段のご配慮をお願いいたします。

なお、現在、沈降精製百日咳ジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチンについては、薬事承認申請の審査中であり、薬事承認後、本年11月を目途に予防接種法実施規則の改正を行い、予防接種法の対象ワクチンとする予定です。

健 発 0 6 2 7 第 1 号

平成 2 4 年 6 月 2 7 日

各都道府県知事

各指定都市市長

殿

厚生労働省健康局長

「予防接種後健康状況調査の実施について」の一部改正について

予防接種行政の推進につきましては、平素より多大なご支援、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本年 9 月 1 日より、不活化ポリオワクチンを導入することから、予防接種後健康状況調査実施要領を別添のとおり改正いたしますので、引き続きご協力方よろしくお願いいたします。

なお、現在、沈降精製百日咳ジフテリア破傷風混合ワクチンについては、薬事承認申請の審査中であり、薬事承認後、本年 1 1 月を目途に予防接種法実施規則の改正を行い、予防接種法の対象ワクチンとする予定です。

(別添)

予防接種後健康状況調査実施要領 新旧対照表

改正後	現行
1 (略) 2 実施要領 (1) 健康状況調査の実施 ア 健康状況調査の対象者(以下「対象者」という。) 対象者は、予防接種法により実施される定期の予防接種として、以下のワクチン接種を受けた者とする。 ① 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(以下「DPT」という。) ② 沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(以下「DPT-I PV」という。) ③ 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド(以下「DT」という。) ④ 経口生ポリオ(急性灰白髄炎)ワクチン(以下「生ポリオ」という。) ⑤ 不活化ポリオ(急性灰白髄炎)ワクチン(以下「不活化ポリオ」という。) ⑥ 乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン(以下「MR」という。) ⑦ 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(以下「日本脳炎」という。) ⑧ 経皮接種用乾燥BCGワクチン(以下「BCG」という。) ⑨ インフルエンザHAワクチン(以下「インフルエンザ」という。) イ 実施機関の選定及び決定 実施機関は、各都道府県において原則として、各ワクチンにつき1実施機関(市町村)を選定(推薦)し、結核感染症課長による協力依頼文書をもって決定する。 なお、各都道府県において実施機関を推薦するに当たっては、以下の点に留意すること。 ① DPT、DT、MR、日本脳炎(以下「D	1 (略) 2 実施要領 (1) 健康状況調査の実施 ア 健康状況調査の対象者(以下「対象者」という。) 対象者は、予防接種法により実施される定期の予防接種として、以下のワクチン接種を受けた者とする。 ① 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(以下「DPT」という。) ② 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド(以下「DT」という。) ③ 経口生ポリオ(急性灰白髄炎)ワクチン(以下「ポリオ」という。) ④ 乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン(以下「MR」という。) ⑤ 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(以下「日本脳炎」という。) ⑥ 経皮接種用乾燥BCGワクチン(以下「BCG」という。) ⑦ インフルエンザHAワクチン(以下「インフルエンザ」という。) イ 実施機関の選定及び決定 実施機関は、各都道府県において原則として、各ワクチンにつき1実施機関(市町村)を選定(推薦)し、結核感染症課長による協力依頼文書をもって決定する。 なお、各都道府県において実施機関を推薦するに当たっては、以下の点に留意すること。 ① DPT、DT、MR、日本脳炎(以下「D

PT等」という。)、DPT-IPV、不活化ポリオ（以下「不活化ポリオ等」という。）及びインフルエンザについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定すること。

- ② 生ポリオ及びBCGについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定することを原則とするが、集団接種により予防接種を実施する「市町村」を選定することも差し支えないこと。

- ③ 実施機関の任期は、原則2年とすること。

ウ 健康状況調査実施時期等(別表1を参照のこと)

(7) 実施時期

DPT等については、各年度の4～6月をⅠ期、7～9月をⅡ期、10～12月をⅢ期、1～3月をⅣ期とする各四半期毎に実施することとし、BCGについては、各年度の4～9月を前期、10～3月を後期とする各半期毎に実施することとする。

生ポリオについては、4～8月（前期）に、不活化ポリオ等については、9月～3月（後期）に実施することとする。

また、インフルエンザについては、各年度の11～12月に実施することとする。

- (4) 保護者による健康状況調査対象者の観察期間（以下「観察期間」という。）及び対象者数DPT等（MRを除く）の接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各期において各実施機関とも対象者40名（DPTについては、第1期初回接種第1回目、第2回目、第3回目及び追加接種の対象者を併せて40名、日本脳炎については、第1期初回接種第1回目、第2回目、追加接種及び第2期の対象者を併せて40名）について健康状況調査を行うこととする。

MRの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各

PT等」という。）及びインフルエンザについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定すること。

- ② ポリオ及びBCGについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定することを原則とするが、集団接種により予防接種を実施する「市町村」を選定することも差し支えないこと。

- ③ 実施機関の任期は、原則2年とすること。

ウ 健康状況調査実施時期等(別表1を参照のこと)

(7) 実施時期

DPT等については、各年度の4～6月をⅠ期、7～9月をⅡ期、10～12月をⅢ期、1～3月をⅣ期とする各四半期毎に実施することとし、ポリオ及びBCGについては、各年度の4～9月を前期、10～3月を後期とする各半期毎に実施することとする。

また、インフルエンザについては、各年度の11～12月に実施することとする。

- (4) 保護者による健康状況調査対象者の観察期間（以下「観察期間」という。）及び対象者数DPT等（MRを除く）の接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各期において各実施機関とも対象者40名（DPTについては、第1期初回接種第1回目、第2回目、第3回目及び追加接種の対象者を併せて40名、日本脳炎については、第1期初回接種第1回目、第2回目、追加接種及び第2期の対象者を併せて40名）について健康状況調査を行うこととする。

MRの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各

期において、第1期、第2期、第3期、第4期の対象者を併せた80名について、健康状況調査を行うこととする。

生ポリオの接種を受けた者については、観察期間を接種後35日間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

不活化ポリオ等については、観察期間を接種後28日間とするが、35日間としても差し支えない。対象者100名について健康状況調査を行うものとする。

BCGの接種を受けた者については、観察期間を4ヶ月間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

インフルエンザの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として、対象者40名について健康状況調査を行うこととする。

エ、オ (略)

(2)、(3) (略)

期において、第1期、第2期、第3期、第4期の対象者を併せた80名について、健康状況調査を行うこととする。

ポリオの接種を受けた者については、観察期間を接種後35日間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

BCGの接種を受けた者については、観察期間を4ヶ月間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

インフルエンザの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として、対象者40名について健康状況調査を行うこととする。

エ、オ (略)

(2)、(3) (略)

予防接種後健康状況調査実施要領

1 事業概要

(1) 目的

国民が正しい理解の下に予防接種を受けることが出来るよう、予防接種に関する正しい知識の啓発普及の一環として、適正かつ最新の予防接種後の健康状況に関する情報を広く国民に提供するとともに、予防接種副反応の発生要因等に関する研究の一助とすることにより、有効かつより安全な予防接種の実施に資することを目的とする。

(2) 実施主体等

厚生労働省健康局結核感染症課（以下「結核感染症課」という。）が、都道府県、市町村、社団法人日本医師会（以下「日本医師会」という。）、各地域の医師会及び予防接種実施医療機関等の協力を得て予防接種後健康状況調査（以下「健康状況調査」という。）を実施する。

各都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）は、地域の医師会等の協力を得て健康状況調査実施機関（以下「実施機関」という。）を選定する等、実施主体の補助を行うものとする。

2 実施要領

(1) 健康状況調査の実施

ア 健康状況調査の対象者（以下「対象者」という。）

対象者は、予防接種法により実施される定期の予防接種として、以下のワクチン接種を受けた者とする。

- ① 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（以下「DPT」という。）
- ② 沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（以下「DPT-IPV」という。）
- ③ 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド（以下「DT」という。）
- ④ 経口生ポリオ（急性灰白髄炎）ワクチン（以下「生ポリオ」という。）
- ⑤ 不活化ポリオ（急性灰白髄炎）ワクチン（以下「不活化ポリオ」という。）
- ⑥ 乾燥弱毒生麻疹風疹混合ワクチン（以下「MR」という。）
- ⑦ 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（以下「日本脳炎」という。）
- ⑧ 経皮接種用乾燥BCGワクチン（以下「BCG」という。）
- ⑨ インフルエンザHAワクチン（以下「インフルエンザ」という。）

イ 実施機関の選定及び決定

実施機関は、各都道府県において原則として、各ワクチンにつき1実施機関（市町村）を選定（推薦）し、結核感染症課長による協力依頼文書をもって決定する。

なお、各都道府県において実施機関を推薦するに当たっては、以下の点に留意すること。

- ① DPT、DT、MR、日本脳炎（以下「DPT等」という。）、DPT-IPV、不活化ポリオ（以下「不活化ポリオ等」という。）及びイ

ンフルエンザについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定すること。

② 生ポリオ及びBCGについては、各地域の医師会等関係機関と協議して「医療機関」を選定することを原則とするが、集団接種により予防接種を実施する「市町村」を選定することも差し支えないこと。

③ 実施機関の任期は、原則2年とすること。

ウ 健康状況調査実施時期等（別表1を参照のこと）

(ア) 実施時期

DPT等については、各年度の4～6月をⅠ期、7～9月をⅡ期、10～12月をⅢ期、1～3月をⅣ期とする各四半期毎に実施することとし、BCGについては、各年度の4～9月を前期、10～3月を後期とする各半期毎に実施することとする。

生ポリオについては、4～8月（前期）に、不活化ポリオ等については、9～3月（後期）に実施することとする。

また、インフルエンザについては、各年度の11～12月に実施することとする。

(イ) 保護者による健康状況調査対象者の観察期間（以下「観察期間」という。）及び対象者数

DPT等（MRを除く）の接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各期において各実施機関とも対象者40名（DPTについては、第1期初回接種第1回目、第2回目、第3回目及び追加接種の対象者を併せて40名、日本脳炎については、第1期初回接種第1回目、第2回目、追加接種及び第2期の対象者を併せて40名）について健康状況調査を行うこととする。

MRの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として各期において、第1期、第2期、第3期、第4期の対象者を併せた80名について、健康状況調査を行うこととする。

生ポリオの接種を受けた者については、観察期間を接種後35日間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

不活化ポリオ等については、観察期間を接種後28日間とするが、35日間としても差し支えない。対象者100名について健康状況調査を行うものとする。

BCGの接種を受けた者については、観察期間を4ヶ月間とし、原則として各期において、対象者100名について健康状況調査を行うこととする。

インフルエンザの接種を受けた者については、観察期間を接種後28日間とし、原則として、対象者40名について健康状況調査を行うこととする。

エ 健康状況調査の方法、手順等（別表2を参照のこと）

(ア) 実施機関の実施手順

a 対象者の人数については、2の（1）のウの（イ）の人数を超えないこととし、特別の事情がある場合、報告は必ずしも要しないことと

する。

- b 予防接種実施後、対象者の保護者（以下「保護者」という。）又は対象者に対して本事業の趣旨を十分に説明の上、健康状況調査に協力する旨の同意を得た後、様式第1による予防接種後健康状況調査票（以下「調査票」という。）を保護者又は対象者に配布し、記入要領等の説明を行うこととする。
- c 保護者又は対象者から実施機関宛に郵送される調査票により、内容の確認をすることとする。
- d 様式第2による予防接種後健康状況調査一覧表（以下「調査一覧表」という。）に、必要事項を転記し、3枚複写の調査一覧表のうちの提出用2枚を調査票とともに各都道府県担当部局あて提出することとする。

(イ) 各都道府県の実施手順

- a 実施機関に対して、予防接種後健康状況調査実施要領、調査一覧表及び調査票を配布することとする。なお、調査票には、あらかじめ郵便切手を貼り付けて配布すること。
- b 各実施機関から提出された調査一覧表をワクチン別・実施機関別に半期分を取りまとめ、調査一覧表に通し番号を記入（調査一覧表記入要領参照）し、結核感染症課宛に提出すること。
なお、調査調査一覧表及び調査票は、担当部局において5年間保管すること。

オ 健康状況調査項目について

予防接種副反応の発生状況を正確に把握するため、通常の副反応（発熱、発赤、発疹、腫脹等）及び極めて稀に起こり得るとされている異常な副反応（脳炎、脳症等）、発生頻度等の調査に加えて、これまで予防接種による副反応と考えられていない接種後の症状についても、健康状況調査の項目とする。

なお、各ワクチンごとの項目は、別添の調査票及び調査一覧表に記載のとおりとする。

(2) 健康状況調査結果の解析・評価

予防接種後副反応・健康状況調査検討会（厚生労働省健康局長の私的諮問機関）において、調査一覧表等を基に、医学的、疫学的見地から解析・評価を行い、予防接種後の症状の発生実態を把握するとともに、報告事例と予防接種との因果関係について検討する。

(3) 情報の還元・提供（別表2を参照のこと）

健康状況調査により得られた情報は、都道府県、日本医師会、関係各地域の医師会及び実施機関に還元するとともに、都道府県、市町村及び日本医師会等を通じて広く国民に提供することとする。

2012年度(平成24年度)

1回目・2回目・3回目・4回目

都道府県・指定都市名(担当者名):

TEL

()

FAX ()

定点医療機関名(担当医師名):

TEL ()

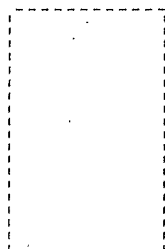
FAX ()

不活化ポリオワクチン(4種混合ワクチン(DPT-IPV)を含む。)健康状況調査一覧表(観察期間28日間)

通し 番号	性別	接種時年齢	期 別	ワクチンメーカー	ロット番号	発 熱		局 所 反 応		けいれん			嘔 吐		下 痢		せき・鼻水	その他の症状	医師の 受診の有無	
						発現日	最高発熱	発現日	程 度	発現日	持続時間	最高発熱	発現日	発現日	発現日	発現日			有	無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無
	男・女	歳 月	1回目 4回目 2回目 3回目				°C	日	発赤 ~5cm ・ 6~9cm 腫脹 10cm~	化膿 硬結		分	°C	日	日	日			有・無	有・無

【 外 側 】

【 表 紙 】



--	--	--	--	--	--	--

＝ 不活化ポリオ・４種混合（DPT-IPV）ワクチン接種後の健康状況調査にご協力下さい ＝

*ワクチンの種類 単独の不活化ポリオワクチン ・ ４種混合（DPT-IPV）ワクチン

*接種回数 １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目

*ワクチンメーカー（ ）

*ロット番号（ ）

*接種日 平成 年 月 日

*調査期間 平成 年 月 日まで

（*は、医師記入項目です。）

お子様の性別 男 ・ 女

お子様の接種時の年齢 歳 ヶ月

平成24年度 予防接種後健康状況調査

【ポリオ（ジフテリア、百日せき、破傷風及びポリオの４種混合ワクチンを含む。）】の予防接種を受けたら…

この調査は、健康小児に接種された単独不活化ポリオワクチン又は４種混合ワクチンの接種後の健康状況について、今後将来にわたって全国調査を行い、接種後の健康状況の変化の実態を明らかにすることを目的とするものであり、厚生労働省健康局結核感染症課が実施するものです。

なお、調査期間は不活化ポリオワクチン接種後２８日間とします。

この調査に当てはまる健康状況の変化がでた時はもちろんのこと、変化がない場合でも調査期間終了後必ずハガキを投函して下さい。

この調査で得られたデータは他の目的には使用いたしません。

←切り離して郵便ポストに投函して下さい。

【記入要領】

不活化ポリオワクチン・4種混合ワクチン 健康状況調査票記入要領

1. 37.5℃以上の発熱があった時は【はい】に○をして下さい。
2. 注射した部位に何らかの異常があった時は【はい】に○をして下さい。
赤くはれた時は、その大体の大きさを直径で記入してください。
3. ひきつけがあった時は【はい】に○をして下さい。
ひきつけのあった時間を”分”単位で記入して下さい。
1の発熱とは別にひきつけがあった時の最も高かった体温を記入して下さい。
4. 嘔吐があった時は【はい】に○をして下さい。
5. 下痢があった時は【はい】に○をして下さい。
6. せき、鼻水などの症状があった時は【はい】に○をして下さい。
7. その他の症状に気付いた時は記入して下さい。
8. 上記の症状がでた時にお医者さんにかかった時は【はい】に○をして下さい。

【内 側】

不活化ポリオワクチン・4種混合ワクチン 接種後の健康状況調査票

次の質問にお答え下さい。

1. 発熱がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
最も高かった体温は何度でしたか：（ ）℃
2. 注射した部位には異常がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
程度は 赤くはれましたか：（はい・いいえ）
赤くはれた大きさは：（ ）cm
化膿しましたか：（はい・いいえ）
硬くなりましたか：（はい・いいえ）
3. ひきつけがおこりましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
どの位の時間でしたか：（ ）分
そのとき熱はありましたか：（はい・いいえ）
最も高かった体温は何度でしたか：（ ）℃
4. 嘔吐はありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
5. 下痢はありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
6. せき・鼻みずなどの症状はありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
7. その他身体の具合が悪くなったことがありましたら記入して下さい。
症状があったのは：（ ）月（ ）日～（ ）月（ ）日
症状： []
8. 上記の症状で医師に受診しましたか【はい・いいえ】
そのとき入院しましたか（はい・いいえ）

アンケートにご協力ありがとうございました。