

※各種予防接種・健検診請求事務ご担当者様にもお渡しください。

広市医第239号
平成24年11月27日

医療機関の長様

広島市医師会会長 長崎 孝太郎

4種混合ワクチンの定期予防接種 及び
日本脳炎の予防接種券へのワクチンシール貼付の終了について（お知らせ）

日頃より、各種健診及び予防接種事業にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
標記の件について、平成24年11月14日付のI-FAXでお知らせしたとおり、平成24年11月21日（水）から接種を開始することとなりました。

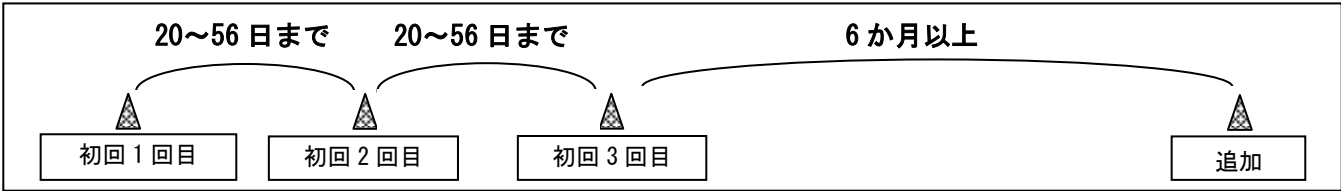
接種方法等については、下記のとおりとなりますので、ご協力賜りますよう宜しくお願いします。
被接種者の自己負担金は、無料です。
また、日本脳炎予防接種については、委託料請求時に予防接種券に製品シールを貼付していただくようお願いしておりましたが、11月請求分から製品シールの貼付は不要となりました。ご協力、誠にありがとうございました。

記

- 1 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。
- 2 請求方法及び医師会請求額
- 広市医第176号（9月25日付）及び広市医第213号（10月26日付〈裏面〉）でお送りした「各種予防接種委託料請求書」に請求件数をご記入のうえ、予防接種券と併せて、広島市医師会へご提出ください。
- ・接種委託料：11, 119円（税込）
 - ・予診委託料（予診の結果、接種を見合わせた場合）：3, 706円（税込）
- ※広市医第176号及び広市医第213号は、広島市医師会ホームページにも掲載しております。

3 接種方法

原則、4種混合ワクチンは、3種混合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てください。



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	1 回当たり 0.5mL を皮下接種	・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	（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）	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※ 2		

裏面に続く→

- ※1 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」ことになります。
- ※2 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)

【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

1) 三種混合およびポリオの接種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回接種した方は、ポリオワクチンの接種を完了しているので、4種混合ワクチンは接種できません。

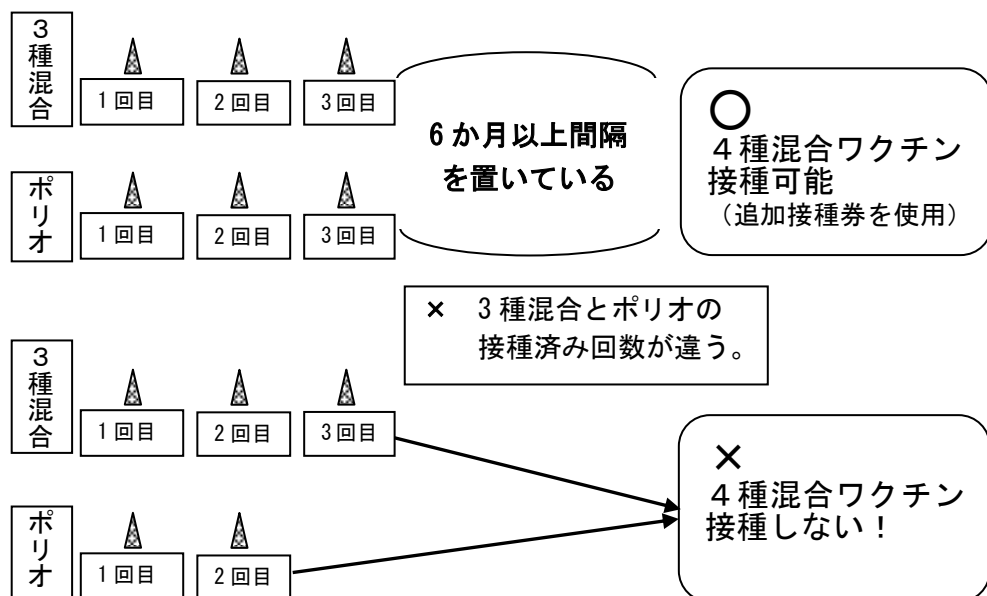
2) ポリオワクチン・3種混合ワクチンと4種混合ワクチンの併用について

4種混合ワクチンの併用パターンは、理論上多数あり、大変複雑であるため、誤接種や過剰接種を防止する必要があります。

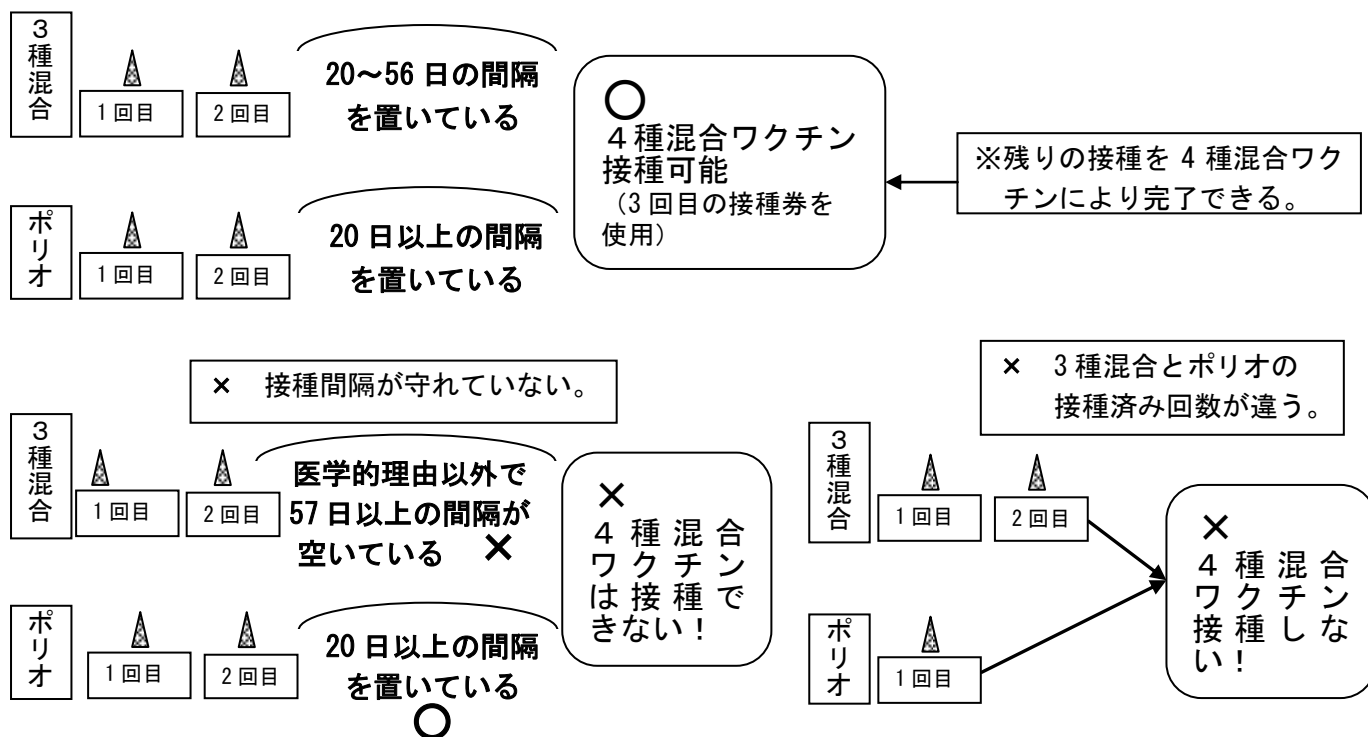
よって、保護者が4種混合ワクチンの接種を希望し、医師も医学的見地から接種が可能であると判断した場合で、以下の①～④の項目を満たす場合のみ併用可能です。

①それぞれのワクチンの接種間隔を守っている。 →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。 ②DPT・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。	<u>①、②両方を満たさない場合は、定期接種の対象となりません。</u> ③、④を満たさない場合も、定期接種の対象にはなりますが、<u>誤接種や過剰接種防止のため、満たすようにしてください。</u>
---	---

〈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〉



3) 接種間隔・接種回数の確認事項について

- ・ 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。
- ・ 3 種混合ワクチン、ポリオワクチン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！）

4 予診票・接種券について

1) 注文方法

別添の物資注文書（新様式）をご利用のうえ、レタープレス（株）へFAX（844-7800）でご注文ください。
発送は、原則、FAX確認後翌日以降となります。場合によっては配達までに2～4日かかることがありますので、ご了承ください。

裏面に続く→

2) 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うえで、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○で囲んでください。
- (4) 医師署名欄は自署、あるいは、氏名をゴム印で押印される場合は認印も押印してください。
- (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構いません。
- (6) 予診票は、医療機関で5年間保存してください。

3) 接種券

- (1) **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。**
- (2) **広島市に住民登録があり、対象年齢であることを必ず確認してください。**広島市外の方及び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、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。記入に不備があった場合、お支払いができないことがありますのでご注意ください。
- (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）は不要です。「電話番号」の記載がなくてもお返しすることはありませんが、できる限り記載していただきますよう、ご協力お願い致します。

5 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）または広島市保健部保健医療課へご相談ください。

6 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 広島市保健部保健医療課

（FAX）082-504-2258

7 母子健康手帳への接種歴の記載について

- ・「ジフテリア・百日せき・破傷風」の欄に、**「・ポリオ」を追記してください。**
- ・「ポリオ」の接種歴記入欄は、**斜線を引いてください。**

8 その他

- ・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）は実施していません。助成対象であることの確認をお願いいたします。
- ・対象者への個別通知は生後3か月を迎える方に対して毎月実施されます。

●添付書類：物資注文書（新様式）

＜接種方法等についてのお問い合わせ先＞ 広島市保健部保健医療課 電話：504-2622

＜予診票・接種券についてのお問い合わせ先＞広島市医師会事務局担当：和木・井上・下原 電話：232-7321