

## 定期接種実施要領（抄） 新旧対照表

| 改正後   | 現行  |
|---|---|
| <p>第1 総論</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 予防接種実施状況の把握</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 未接種者への再度の接種勧奨</p> <p>A類疾病の定期接種の対象者について、本実施要領における<b>標準的な</b>実施時期を過ぎてもなお、接種を行っていない未接種者については、疾病罹患予防の重要性、当該予防接種の有効性、発生しうる副反応及び接種対象である期間について改めて周知した上で、本人及びその保護者への個別通知等を活用して、引き続き接種勧奨を行うこと。</p> <p>(3) (略)</p> <p>4～6 (略)</p> <p>7 予防接種の実施計画</p> <p>(1) 予防接種の実施計画の策定については、次に掲げる事項に留意すること。</p> <p>ア、イ (略)</p> <p>ウ 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（(ア)から(キ)までに掲げる者をいう。以下同じ。）について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておくこと。</p> <p>(ア)～(オ) (略)</p> <p><b>(カ) <u>バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム(ラテックス)が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者。</u></b></p> <p>(キ) 結核の予防接種にあつては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者</p> <p>(2)～(3) (略)</p> <p>8 (略)</p> | <p>第1 総論</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 予防接種実施状況の把握</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 未接種者への再度の接種勧奨</p> <p>A類疾病の定期接種の対象者について、本実施要領における実施時期を過ぎてもなお、接種を行っていない未接種者については、疾病罹患予防の重要性、当該予防接種の有効性、発生しうる副反応及び接種対象である期間について改めて周知した上で、本人及びその保護者への個別通知等を活用して、引き続き接種勧奨を行うこと。</p> <p>(3) (略)</p> <p>4～6 (略)</p> <p>7 予防接種の実施計画</p> <p>(1) 予防接種の実施計画の策定については、次に掲げる事項に留意すること。</p> <p>ア、イ (略)</p> <p>ウ 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（(ア)から(カ)までに掲げる者をいう。以下同じ。）について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておくこと。</p> <p>(ア)～(オ) (略)</p> <p>(カ) (略)</p> <p>(2)～(3) (略)</p> <p>8 (略)</p> |

## 9 予診票

(1) 乳幼児や主に小学生が接種対象となっている定期接種（ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症又は水痘）については様式第二予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）を、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種のうち、接種を受ける者に保護者が同伴する場合及び接種を受ける者が既婚者の場合については様式第三ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合）を、接種を受ける者に保護者が同伴しない場合については様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を、インフルエンザの定期接種については様式第五インフルエンザ予防接種予診票を、高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種については様式第六高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票を、**B型肝炎の定期接種については、様式第八B型肝炎予防接種予診票を、**それぞれ参考にして予診票を作成すること。

なお、予診票については、予防接種の種類により異なる紙色のものを使用すること等により予防接種の実施に際して混同を来さないよう配慮すること。

(2) ~ (3) (略)

## 10 予診並びに予防接種不相当者及び予防接種要注意者

(1) (略)

(2) 個別接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

以下(略)

(3)、(4) (略)

## 9 予診票

(1) 乳幼児や主に小学生が接種対象となっている定期接種（ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症又は水痘）については様式第二予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）を、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種のうち、接種を受ける者に保護者が同伴する場合及び接種を受ける者が既婚者の場合については様式第三ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合）を、接種を受ける者に保護者が同伴しない場合については様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を、インフルエンザの定期接種については様式第五インフルエンザ予防接種予診票を、高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種については様式第六高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票を、それぞれ参考にして予診票を作成すること。

なお、予診票については、予防接種の種類により異なる紙色のものを使用すること等により予防接種の実施に際して混同を来さないよう配慮すること。

(2) ~ (3) (略)

## 10 予診並びに予防接種不相当者及び予防接種要注意者

(1) (略)

(2) 個別接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第4項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

以下(略)

(3)、(4) (略)

|   |   |
|---|---|
| <p>(5) 予診の結果、異常が認められ、予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号。以下「実施規則」という。）第 6 条に規定する者に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは、精密検査を受けるよう指示すること。この場合、B 類疾病の定期接種については、法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨とならないよう特に留意すること。なお、インフルエンザの定期接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者で、インフルエンザワクチンの接種をしようとするものは、予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）第 2 条第 9 号に該当することに留意すること。</p> <p>(6) (略)</p> <p>1 1 予防接種後副反応等に関する説明及び同意前段 (略)</p> <p>ただし、政令第 1 条の 3 第 2 項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第 2 項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも 13 歳以上の者に接種する場合に限る。）において、保護者が接種の場に同伴しない場合には、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度についての説明を事前に理解する必要があるため、様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を参考に、説明に関する情報を含有している予診票を作成した上で、事前に保護者に配布し、保護者がその内容に関する適切な説明を理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとする。</p> <p>以下 (略)</p> <p>1 2 (略)</p> <p>1 3 A 類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項</p> | <p>(5) 予診の結果、異常が認められ、予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号。以下「実施規則」という。）第 6 条に規定する者に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは、精密検査を受けるよう指示すること。この場合、B 類疾病の定期接種については、法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨とならないよう特に留意すること。なお、インフルエンザの定期接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者で、インフルエンザワクチンの接種をしようとするものは、予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）第 2 条第 8 号に該当することに留意すること。</p> <p>(6) (略)</p> <p>1 1 予防接種後副反応等に関する説明及び同意前段 (略)</p> <p>ただし、政令第 1 条の 3 第 2 項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第 4 項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも 13 歳以上の者に接種する場合に限る。）において、保護者が接種の場に同伴しない場合には、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度についての説明を事前に理解する必要があるため、様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を参考に、説明に関する情報を含有している予診票を作成した上で、事前に保護者に配布し、保護者がその内容に関する適切な説明を理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとする。</p> <p>以下 (略)</p> <p>1 2 (略)</p> <p>1 3 A 類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項</p> |
|---|---|

(1)～(4) (略)

(5) 保護者の同伴要件

集団接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

以下 (略)

(6) (略)

(7) 女性に対する接種の注意事項

政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項で定める日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種対象者のうち、13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。このため、接種医は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記載された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記載事実の確認を行うこと。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮すること。

14 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項

(1) 安全基準の遵守

市町村長は、医療機関以外の場所での予防接種の実施においては、被接種者に副反応が起こった際に応急対応が可能ないように下記における安全基準を確実に遵守すること。

ア (略)

イ 応急治療措置

市町村長は、医療機関以外の場所においても、予防接種後、被接種者にアナフィラキシーやけいれん

(1)～(4) (略)

(5) 保護者の同伴要件

集団接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第4項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

以下 (略)

(6) (略)

(7) 女性に対する接種の注意事項

政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第4項で定める日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種対象者のうち、13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。このため、接種医は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記載された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記載事実の確認を行うこと。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮すること。

14 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項

(1) 安全基準の遵守

市町村長は、医療機関以外の場所での予防接種の実施においては、被接種者に副反応が起こった際に応急対応が可能ないように下記における安全基準を確実に遵守すること。

ア (略)

イ 応急治療措置

市町村長は、医療機関以外の場所においても、予防接種後、被接種者にアナフィラキシーショック

|   |  |
|---|--|
| <p>等の重篤な副反応がみられたとしても、応急治療ができるよう救急処置物品（血圧計、静脈路確保用品、輸液、エピネフリン・抗ヒスタミン剤・抗けいれん剤・副腎皮質ステロイド剤等の薬液、喉頭鏡、気管内チューブ、蘇生バッグ等）を準備すること。</p> <p>ウ（略）</p> <p>（２）～（４）（略）</p> <p>15 予防接種に関する記録及び予防接種済証の交付</p> <p>（１）～（２）（略）</p> <p><b><u>（３）平成24年に改正された母子健康手帳では、乳幼児のみならず、学童、中学校、高等学校相当の年齢の者に接種する予防接種についても記載欄が設けられていることから、母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日その他の証明すべき事項を記載することにより、（１）に代えることができること。</u></b></p> <p>16、17（略）</p> <p>18 他の予防接種との関係</p> <p>（１）乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン、乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、経皮接種用乾燥BCGワクチン又は乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、27日以上おくこと。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、沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン、不活化ポリオワクチン、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン、組換え沈降2価（4価）ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン、<b><u>組換え沈降B型肝炎ワクチン</u></b>、インフルエンザHAワクチン又は23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、6日以上おくこと。</p> <p>（２）（略）</p> | <p>やけいれん等の重篤な副反応がみられたとしても、応急治療ができるよう救急処置物品（血圧計、静脈路確保用品、輸液、エピネフリン・抗ヒスタミン剤・抗けいれん剤・副腎皮質ステロイド剤等の薬液、喉頭鏡、気管内チューブ、蘇生バッグ等）を準備すること。</p> <p>ウ（略）</p> <p>（２）～（４）（略）</p> <p>15 予防接種に関する記録及び予防接種済証の交付</p> <p>（１）～（２）（略）</p> <p>16、17（略）</p> <p>18 他の予防接種との関係</p> <p>（１）乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン、乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、経皮接種用乾燥BCGワクチン又は乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、27日以上おくこと。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、沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン、不活化ポリオワクチン、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン、組換え沈降2価（4価）ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン、インフルエンザHAワクチン又は23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、6日以上おくこと。</p> <p>（２）（略）</p> |
|---|--|

19～23（略）

第2 各論

1～8（略）

**9 B型肝炎の定期接種****(1) 対象者**

平成28年4月1日以後に生まれた、生後1歳に至るまでの間にある者とする。

**(2) 対象者から除外される者**

HBs抗原陽性の者の胎内又は産道においてB型肝炎ウイルスに感染したおそれのある者であつて、抗HBs人免疫グロブリンの投与に併せて組換え沈降B型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者については、定期接種の対象者から除くこと。

**(3) 接種方法**

B型肝炎の定期の予防接種は、組換え沈降B型肝炎ワクチンを使用し、生後2月に至った時から生後9月に至るまでの期間を標準的な接種期間として、27日以上の間隔をおいて2回接種した後、第1回目の注射から139日以上の間隔をおいて1回接種すること。

**(4) 平成28年10月1日より前の接種の取扱い**

平成28年10月1日より前（定期の予防接種が開始される前）の注射であつて、定期の予防接種のB型肝炎の注射に相当するものについては、当該注射を定期の予防接種のB型肝炎の注射と、当該注射を受けた者については、定期の予防接種のB型肝炎の注射を受けた者とみなして、以降の接種を行うこと。

**10 高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種**

(1)～(4)（略）

様式第一～様式第七（略）

**様式第八**

19～23（略）

第2 各論

1～8（略）

**9 高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種**

(1)～(4)（略）

様式第一～様式第七（略）

### B型肝炎予防接種予診票

|         |  |        |     |          |   |   |    |
|---------|--|--------|-----|----------|---|---|----|
|         |  | 診察前の体温 |     | 度        |   | 分 |    |
| 住 所     |  |        |     |          |   |   |    |
| 受ける人の氏名 |  | 男      | 生 年 | 平成       | 年 | 月 | 日生 |
| 保護者の氏名  |  | 女      | 月 日 | (満 歳 カ月) |   |   |    |

| 質 問 事 項   | 回 答 欄            |                    | 医師記入欄 |
|---|------------------|--------------------|-------|
| 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか  | はい               | いいえ                |       |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児健診で異常があるといわれたことがありますか | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )  | はい               | いいえ                |       |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )  | はい               | いいえ                |       |
| 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名 )   | はい               | いいえ                |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか  | はい               | いいえ                |       |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類 ( )  | はい               | いいえ                |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ( )                               | はい               | いいえ                |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか   | はい               | いいえ                |       |
| ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ( ) 歳頃  | はい               | いいえ                |       |
| そのとき熱が出ましたか   | はい               | いいえ                |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか   | はい               | いいえ                |       |
| ラテックス過敏症*ですか  | はい               | いいえ                |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか   | はい               | いいえ                |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか<br>予防接種の種類 ( )  | ある               | ない                 |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか  | はい               | いいえ                |       |
| 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか  | はい               | いいえ                |       |
| 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか   | はい               | いいえ                |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか   | はい               | いいえ                |       |

医師記入欄  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる・見合わせた方がよい ) と判断します。  
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します・同意しません ) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
 保護者自署

| 使用ワクチン名            | 接種量      | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--------------------|----------|----------------|
| ワクチン名              | ※ (皮下接種) | 実施場所 医師名       |
| Lot No.            |          | 接種年月日 平成 年 月 日 |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | m L      |                |

(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑

います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。