

全国新型インフルエンザ対策担当課長会議 議事次第

平成22年7月28日
14時～17時30分
三田共用会議所

議 事

- 1 予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法の一部を改正する法律（改正予防接種法）案の概要について
- 2 平成22年度新型インフルエンザワクチン接種について
- 3 新型インフルエンザワクチン接種事業について
- 4 その他

質疑応答

資 料

- 資料1 予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法の一部を改正する法律（改正予防接種法）案の概要について
- 改正予防接種法に基づく新たな臨時接種の実施について
 - 改正予防接種法案の概要
 - 改正予防接種法政令案の概要
 - 改正予防接種法案の審議経過
- 資料2 平成22年度新型インフルエンザワクチン接種について（案）
- 2010年秋冬にかけてのインフルエンザの流行見通し
 - 2010/11シーズンのインフルエンザワクチン
 - 10月以降の新型インフルエンザワクチン接種
 - 新型インフルエンザワクチン接種に関する事務スケジュール
- 資料3 新型インフルエンザワクチン接種事業について（案）
- 接種協力医療機関の確保
 - 接種費用の設定
 - ワクチンの接種
 - 予診票等
 - 予防接種後副反応報告
 - 被接種者数の把握
 - 予防接種後健康被害救済制度
 - ワクチンの供給量及び流通
- 資料4 その他
- 平成22年度新型インフルエンザワクチン接種助成費臨時補助金について
 - 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金の活用について
 - 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄について
 - 新型インフルエンザの発生状況及びサーベイランスについて
 - 新型インフルエンザ対策総括会議報告について
 - 平成22年度地域医療の情報課コーディネータ育成研修について
- 資料5 Q & A

(資料1)

予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法の一部を改正する法律(改正予防接種法)案等の概要について

改正予防接種法に基づく新たな臨時接種の実施について

経緯

- 昨年4月、新型インフルエンザ(A/H1N1)を感染症法に基づく「新型インフルエンザ」と位置付け。
- 現行予防接種法の臨時接種は、疾病のまん延予防上緊急の必要がある場合に、被接種者等に接種の努力義務を課し、公的な接種勧奨のもと、予防接種を実施するもの。



新型インフルエンザ(A/H1N1)は、感染力は高いが、季節性インフルエンザと同程度の病原性であることから、予防接種を行う際に、被接種者に接種の努力義務を課す必要性は認められなかった。

- 事態の緊急性にかんがみ、そのまん延防止のため、臨時応急的な措置として、昨年10月から、国を実施主体とする予防接種(低所得者の費用負担減免については国庫補助事業)を実施。併せて、特別措置法を制定し、健康被害救済等に係る規定を整備。



- 住民に身近で、予防接種実務に精通した市町村が、法律に基づき安定的に予防接種を実施できるよう、予防接種法等の改正案を先般の通常国会に提出。

◎予防接種法(昭和23年法律第68号)【改正案】

第6条 第3項 厚生労働大臣は、二類疾病のうち当該疾病にかかった場合の病状の程度を考慮して厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、政令の定めるところにより、都道府県知事を通じて市町村長に対し、臨時に予防接種を行うよう指示することができる。この場合において、都道府県知事は、当該都道府県の区域内で円滑に当該予防接種が行われるよう、当該市町村長に対し、必要な協力をするものとする。

予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する 特別措置法の一部を改正する法律案の概要

法改正の目的

当面の緊急措置として、今回の「新型インフルエンザ(A/H1N1)」及び今後これと同等の新たな「病原性の高くない新型インフルエンザ」が発生した場合の予防接種対応を万全にする。

法改正の主な内容

1. 新たな臨時接種の創設：

○基本的な枠組み

- ・「新型インフルエンザ(A/H1N1)」及び今後生じうる「病原性の高くない新型インフルエンザ」に対応する新たな臨時接種を創設
※本改正施行に伴い現在の新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種事業を廃止し、この枠組みに移行
- ・都道府県の協力のもと、住民に身近で、かつ、インフルエンザ予防接種の実務に精通した市町村が実施
(国はワクチンの供給等について必要な措置を講ずる)

○公的関与

- ・対象者に接種を受ける努力義務は課さないが、行政は接種を受けるよう「勧奨」

○健康被害救済の給付水準の引き上げ（政令事項）

- ・公的関与の程度を踏まえ「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種事業」(二類定期接種(季節性インフルエンザ)並み)より 給付水準を引き上げ（現行の臨時接種等と二類定期接種との間の水準）。併せて特別措置法の健康被害救済の給付水準もさかのぼって引き上げ。

○実費徴収

- ・低所得者を除き、接種対象者から実費徴収可能

○費用負担割合

- 接種費用(低所得者の減免分)・健康被害救済に関し
- ・国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

	低所得者減免分			低所得者を除き、 実費徴収可能
	国 1/2	都道府県 1/4	市町村 1/4	
新型インフルエンザ ワクチン接種事業				
新たな臨時接種				

2. 国の責任によるワクチン確保： 政府は、新型インフルエンザワクチンの確保のため、特例承認を受けた製造販売業者と損失補償契約を締結できることとする。(5年間の時限措置)

※ そのほか、新型インフルエンザに係る定期接種を、高齢者以外を対象に実施できるようにする。(新たな臨時接種が終了した際に、定期接種に移行するか判断)

3. 施行期日： 1については公布の日から起算して3月を超えない範囲において政令で定める日、2については公布日

※検討規定として予防接種の在り方等の総合的検討、損失補償契約の規定に係る5年以内の検討を行うこととしている。

予防接種法施行令及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等 に関する特別措置法施行令の一部を改正する政令案の概要

政令改正の目的

予防接種法等改正法案の一部施行に伴い、予防接種による健康被害の救済のための給付(以下「給付」という。)の額など給付に
関して必要な事項等を定める。

政令改正の主な内容

1. 基本的な枠組み：健康被害救済の給付水準の引き上げ

・公的関与の程度を踏まえ「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種事業」(二類定期接種(季節性インフルエンザ)並み)より 給付水準を
引き上げ (現行の臨時接種等と二類定期接種との間の水準)。併せて特別措置法の健康被害救済の給付水準もさかのぼって引き上げ。

		○現行の臨時接種 ○一類疾病の定期接種	☆新たな臨時接種 ☆改正後の特別措置法	○二類疾病の定期接種 ○現在の特別措置法 ○任意接種(PMDA法)
障害児養育 年金(年額)	1級	153万円	119万円	85万円
	2級	123万円	95万円	68万円
障害年金 (年額)	1級	490万円	381万円	272万円
	2級	392万円	305万円	218万円
	3級	294万円	229万円	—
死亡時の給付		死亡一時金 4,280万円	死亡一時金 【被害者が生計維持者の場合】 3,330万円 【被害者が生計維持者以外の場合】 2,497万円	【被害者が生計維持者の場合】 遺族年金 238万円 (最長10年分 2,378万円) 【被害者が生計維持者以外の場合】 遺族一時金 714万円

注1) 金額は千の位を四捨五入して示した。

注2) 現行の臨時接種及び一類疾病の定期接種並びに新たな臨時接種及び改正後の特別措置法の障害児養育年金及び障害年金については、上表とは別に介護加算(1級: 84万円、

2級: 56万円)がある。また、特別児童扶養手当、障害基礎年金等を受給している場合併給調整がある。

注3) 医療費、医療手当、葬祭料は同じ額なため省略している(ただし、二類疾病の定期接種等は通院は対象外)。

2. 施行期日：公布の日から起算して3月を超えない範囲において政令で定める日 (法律の1. と同日)

予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等
に関する特別措置法の一部を改正する法律案の審議経過

(平成22年 第174回通常国会)

日付	審議状況
3月12日(金)	閣議決定・法案提出(閣法第54号)
4月5日(月)	(参)厚労委に付託
4月6日(火)	(参)厚労委 提案理由説明
4月8日(木)	(参)厚労委 質疑(4時間40分)
4月13日(火)	(参)厚労委 質疑(4時間)・採決 【採決結果】賛成多数で可決
4月14日(水)	(参)本会議 採決 【採決結果】賛成150、反対67で可決
5月25日(火)	(衆)厚労委に付託
6月16日(水)	第174通常国会閉会 → 閉会中審査へ

(資料2)

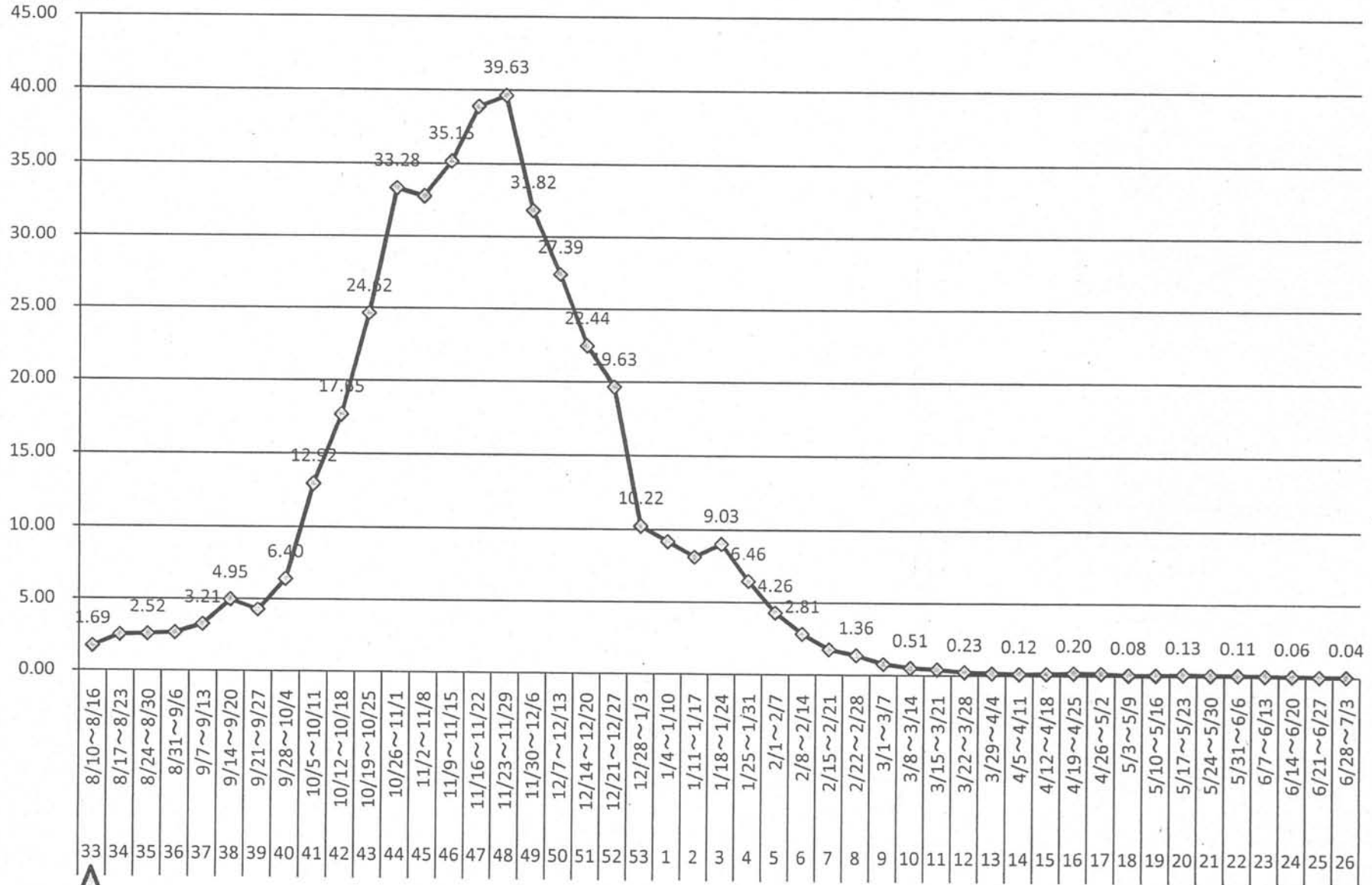
平成22年度新型インフルエンザ ワクチン接種について(案)

- ・現在、検討中の案であり、地方公共団体において早急に準備を進めていただく観点から提示するもの。
- ・今後、地方公共団体からのご意見等を踏まえ、変更する場合がある。

2010年秋冬にかけてのインフルエンザの流行見通し①

①日本の流行状況(平成21～22年 週別発生状況)

定点あたり報告数

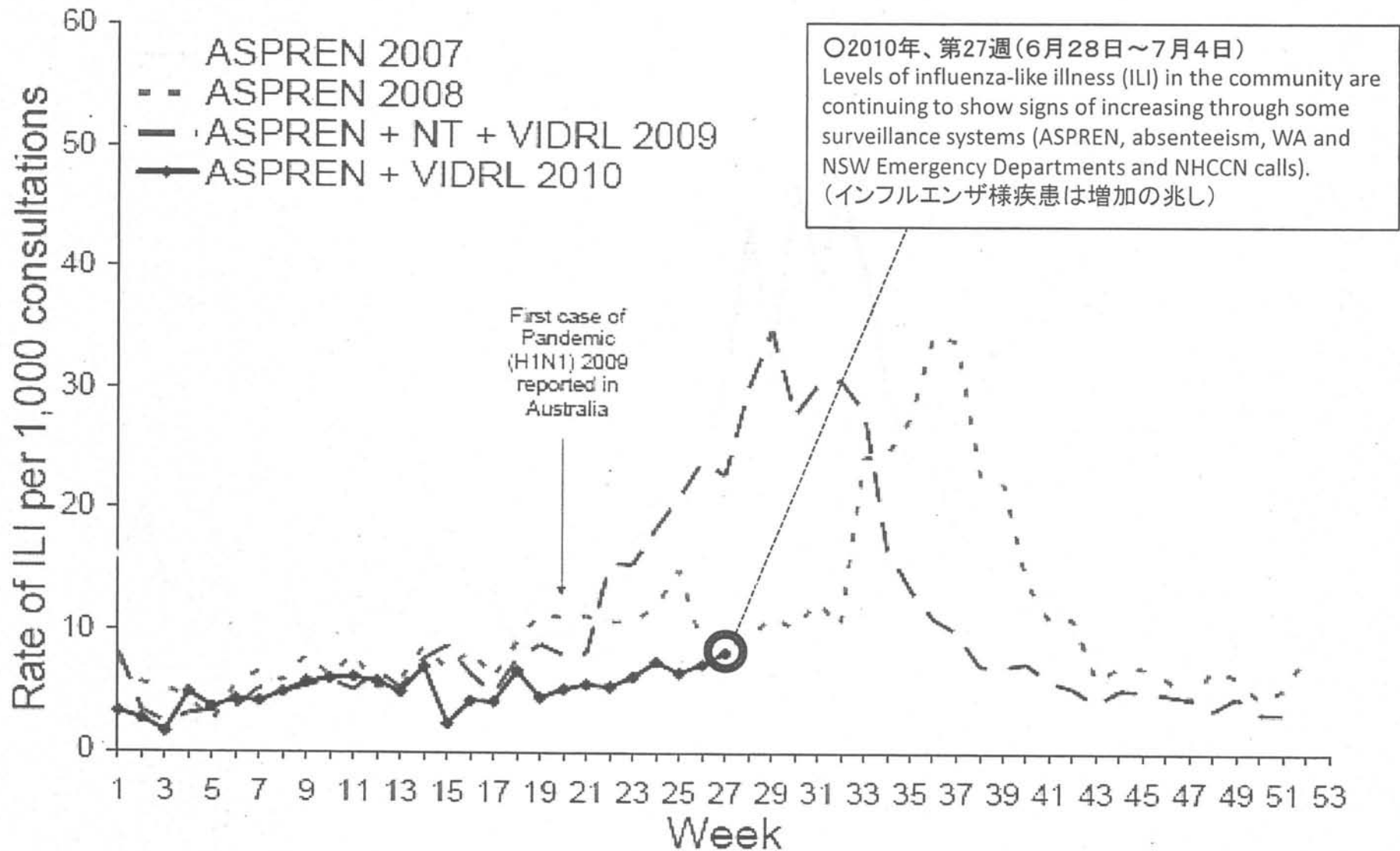


△ 流行入り

資料: 感染症発生動向調査(全国およそ5000の定点医療機関(小児科およそ3000、内科およそ2000)からの報告)

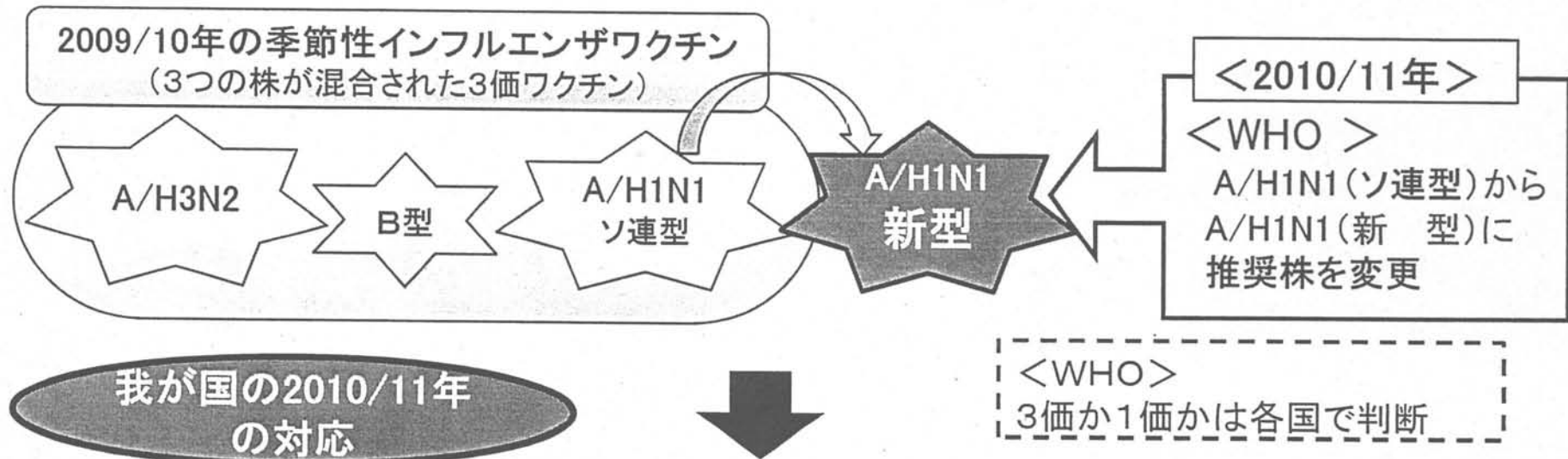
2010年秋冬にかけてのインフルエンザの流行見通し②

②オーストラリアの流行状況(平成22年 週別発生状況)



資料: AUSTRALIAN INFLUENZA SURVEILLANCE REPORT (No. 26, 2010, REPORTING PERIOD: 3 July 2010 – 9 July 2010)

2010/11年シーズンのインフルエンザワクチンについて



新型インフルエンザ(A/H1N1)を含めた「3価ワクチン」を製造

- ※ 最終的には、各ワクチン製造販売業者が判断することとなる。
- ※ 「1価(新型)ワクチン」希望者には備蓄ワクチンで対応
- ※ 「2価(季節性)ワクチン」の製造は依頼しない。

「3価ワクチン」を製造するメリット

- 季節性と新型が同時に接種でき、経済的・身体的負担が最小限度となる。
← 1価(新型)ワクチンと2価(季節性)ワクチンとを合計2回接種するより、3価を1回接種するほうが、負担が少ない。
- 「2価(季節性)ワクチン+1価(新型)ワクチン」など、複数種類のワクチンを製造する場合と比べ、全体としてみた場合の生産効率是最も良い。

※高齢者については、季節性インフルエンザ・新型インフルエンザ(A/H1N1)の両方に対する3価ワクチンの接種が原則となる。

(出典)平成22年3月15日厚生科学審議会感染症部会予防接種部会資料

10月以降の新型インフルエンザワクチン接種について(案)

予防接種法等の改正案については、現時点において、成立の見込み・時期が不明であるため、10月以降も、国の新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種事業を実施する。今後、臨時国会において法案が成立した場合には、市町村等における準備期間を考慮して、接種シーズン途中から新たな臨時接種(以下「新臨時接種」)を実施する。このため、新臨時接種への移行を前提とした新たな新型インフルエンザA/H1N1)ワクチン接種事業を開始。

～今後のスケジュール～

- 7月28日 新型インフルエンザ対策担当課長会議
- 8～9月 市町村等における準備期間
- 9月30日 現行新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの接種に関する事業終了
- 10月1日 新たな新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの接種に関する事業実施要綱施行
平成22年度新型インフルエンザワクチン接種助成事業交付要綱改定
- 月○日 新臨時接種の疾病の定め(厚生労働大臣告示)
新臨時接種の指示(厚生労働大臣→(都道府県知事)→市町村長)
- 月○日 新臨時接種の開始(現行ワクチン接種事業の終了)

※改正法案施行後1か月程度

インフルエンザワクチン接種の法的位置付け(案)

新臨時接種が実施された場合、高齢者(3価ワクチン)については、予防接種法第3条第1項に基づく「定期接種」と、改正法案第6条第3項に基づく「臨時接種」としての性格を併せもつこととなる。

高齢者

	3価ワクチン	
法的位置付け	二類定期接種 (A/H3N2、B型)	新臨時接種 (A/H1N1)
実施主体	市町村	
財源	市町村	国1/2 都道府県1/4 市町村1/4

高齢者以外

	3価ワクチン
法的位置付け	新臨時接種 (A/H1N1)
実施主体	市町村
財源	国1/2 都道府県1/4 市町村1/4



低所得者負担軽減に要する費用負担については、現在調整中。

10月以降の新型インフルエンザワクチン接種事業の概要(案)

下線部が昨年度との変更点

1 実施主体 国

※新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの接種に関する事業実施要綱に基づく

2 対象者 すべての国民 (優先接種対象者は定めない)

3 接種期間 10月1日～新臨時接種開始時(別途厚生労働大臣が指示)

4 接種費用 市町村が設定 (新臨時接種に移行するという前提であること、高齢者の二類定期接種の実施主体であることから、市町村が設定)

※問診のみで終わった場合にも費用徴収可能

5 接種実施医療機関 国が接種実施医療機関と契約

※4と同様の理由から、接種実施医療機関の選定は市町村が行う。

6 ワクチン流通 市場流通

7 低所得者負担軽減措置 国庫補助事業

※平成22年度新型インフルエンザワクチン接種助成臨時補助金

・実施主体 市町村

・補助率 (調整中)

・補助単価 (調整中)

8 健康被害救済 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法による(国10/10)

9 副反応報告 医療機関から国に直接報告

ワクチン接種事業と新臨時接種(案)

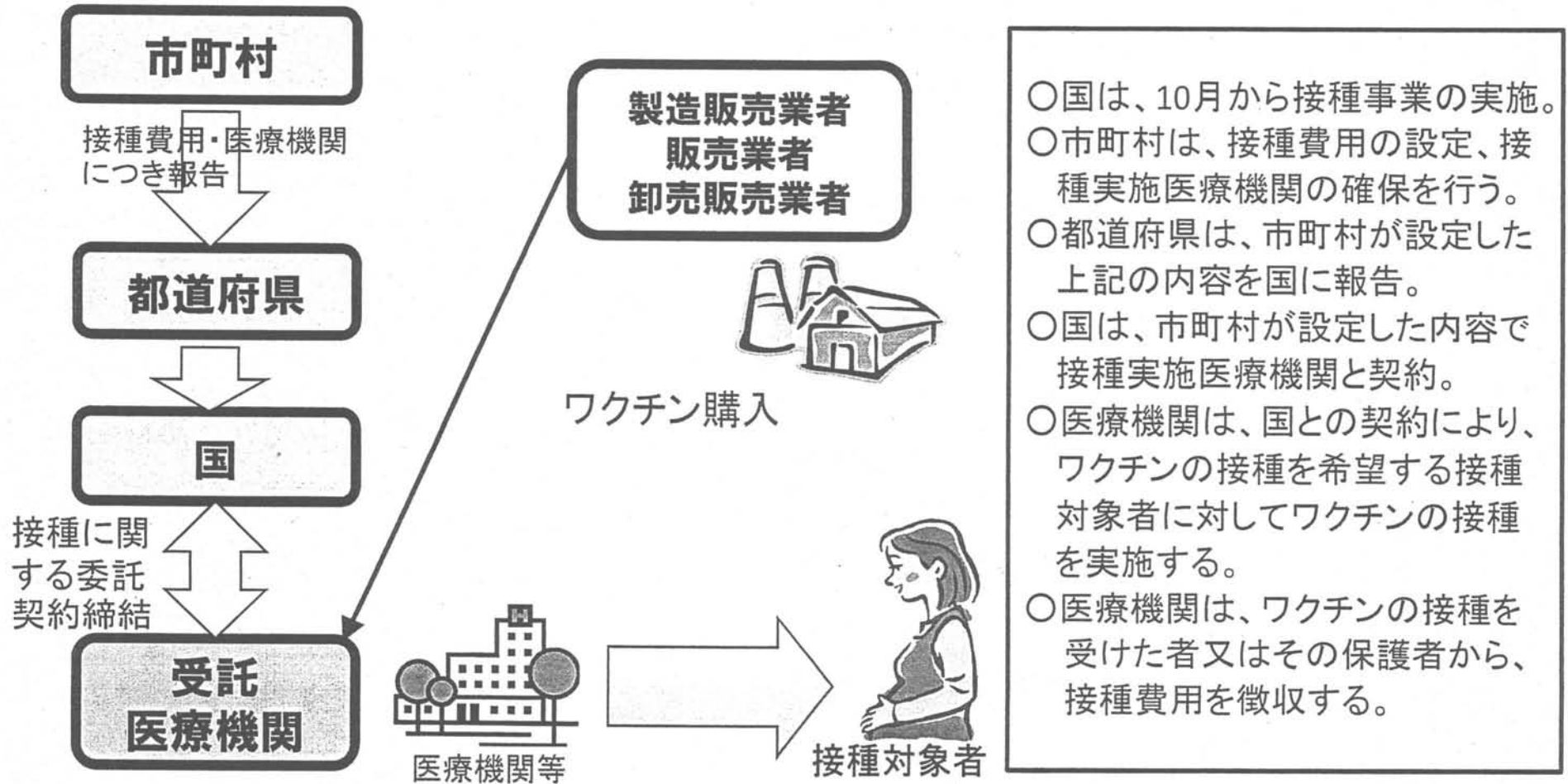
3価ワクチン
接種開始

	ワクチン接種事業 (～9月)	定期接種 (10月～)	ワクチン接種事業 (10月～)	新臨時接種 ※改正法案
根拠	事務次官通知	予防接種法	事務次官通知 (予定)	予防接種法 (改正案)
実施主体	国	市町村	国	市町村
医療機関との 契約	国	市町村	国 ※新臨時接種に移行するこ とを前提に市町村が選定	市町村
接種費用の 設定	国	市町村	市町村	市町村
ワクチン流通	国が流通管理	市場流通	市場流通	市場流通※
負担軽減 措置	市町村(国庫補助) ※国1/2都道府県1/4 市町村1/4	市町村 (一般財源)	(調整中)	市町村(国庫補助) ※国1/2都道府県1/4 市町村1/4
健康被害 救済	特別措置法 【国10/10】 障害年金(1級) 272万円/年 遺族一時金 714万円 ※改正法案成立後、政令改 正により給付水準を新臨時 接種と同程度に引き上げ	予防接種法 【国1/2 都道府県1/4 市町村1/4】 障害年金(1級) 272万円/年 遺族一時金 714万円	特別措置法 【国10/10】 障害年金(1級) 272万円/年 遺族一時金 714万円 ※改正法案成立後、政令改 正により給付水準を新臨時 接種と同程度に引き上げ	予防接種法 【国1/2 都道府県1/4 市町村1/4】 障害年金(1級) 381万円/年 死亡一時金 3,330万円 (※被害者が生計維持者の 場合)

※改正法案が成立・施行され、今シーズンにおいて新臨時接種を実施する場合

10月以降の新型インフルエンザワクチン接種体制(案)

予防接種法等の一部を改正する法律案が成立してから1か月後を目途に新臨時接種を実施することとしたいが、それまでの間は、臨時的措置として国事業として実施する。ただし、途中から新臨時接種に移行することを念頭に、市町村が接種費用の設定等を行う方式に変更する。



※市町村は、接種を受ける低所得者に対して、負担軽減措置を実施(国庫補助事業について調整中)

平成21年度

平成22年度(10月1日からの事業)(案)

平成22年度(新臨時接種)(案)

国の事務

- 優先順位の決定
- ワクチンの購入及び販売業者への売り払い
- 受託医療機関との契約
- 接種状況の把握
- 副反応の把握及び評価
- 健康被害救済の申請の受理、審査、決定
- 接種費用の負担軽減措置(補助単価の決定、費用負担)
- 広報・相談

- ワクチンの流通支援
- 受託医療機関との契約
- 接種状況の把握
- 副反応の把握及び評価
- 健康被害救済の申請の受理、審査、決定
- 接種費用の負担軽減措置(補助単価の決定、費用負担)
- 広報・相談

- ワクチンの流通支援
- 接種状況の把握
- 副反応の把握及び評価
- 健康被害救済の申請の受理、審査、決定
- 接種費用の負担軽減措置(補助単価の決定、費用負担)
- 広報・相談

都道府県
の事務

- ワクチンの接種スケジュールの決定
- ワクチンの流通管理
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談
- 国及び市町村の連絡調整

- 市町村に対する円滑な接種の協力
- ワクチンの流通支援
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談
- 国及び市町村の連絡調整

- 市町村に対する円滑な接種の協力
- ワクチンの流通支援
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談
- 国及び市町村の連絡調整

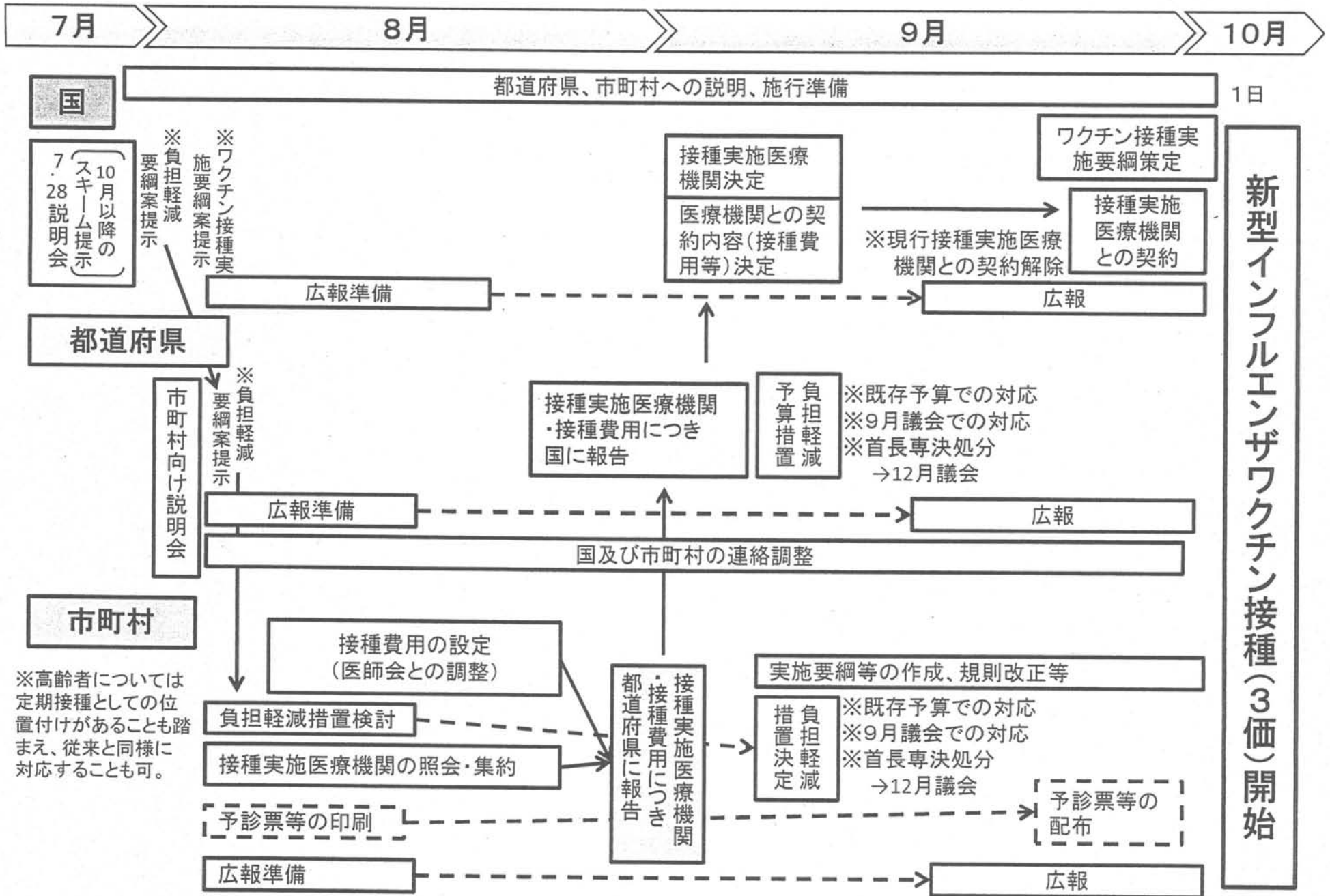
市町村
の事務

- 接種実施医療機関の取りまとめ
- 管内における計画的な接種の推進・調整
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談

- 接種費用の設定
- 接種実施医療機関の確保
- 管内における計画的な接種の推進・調整
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談

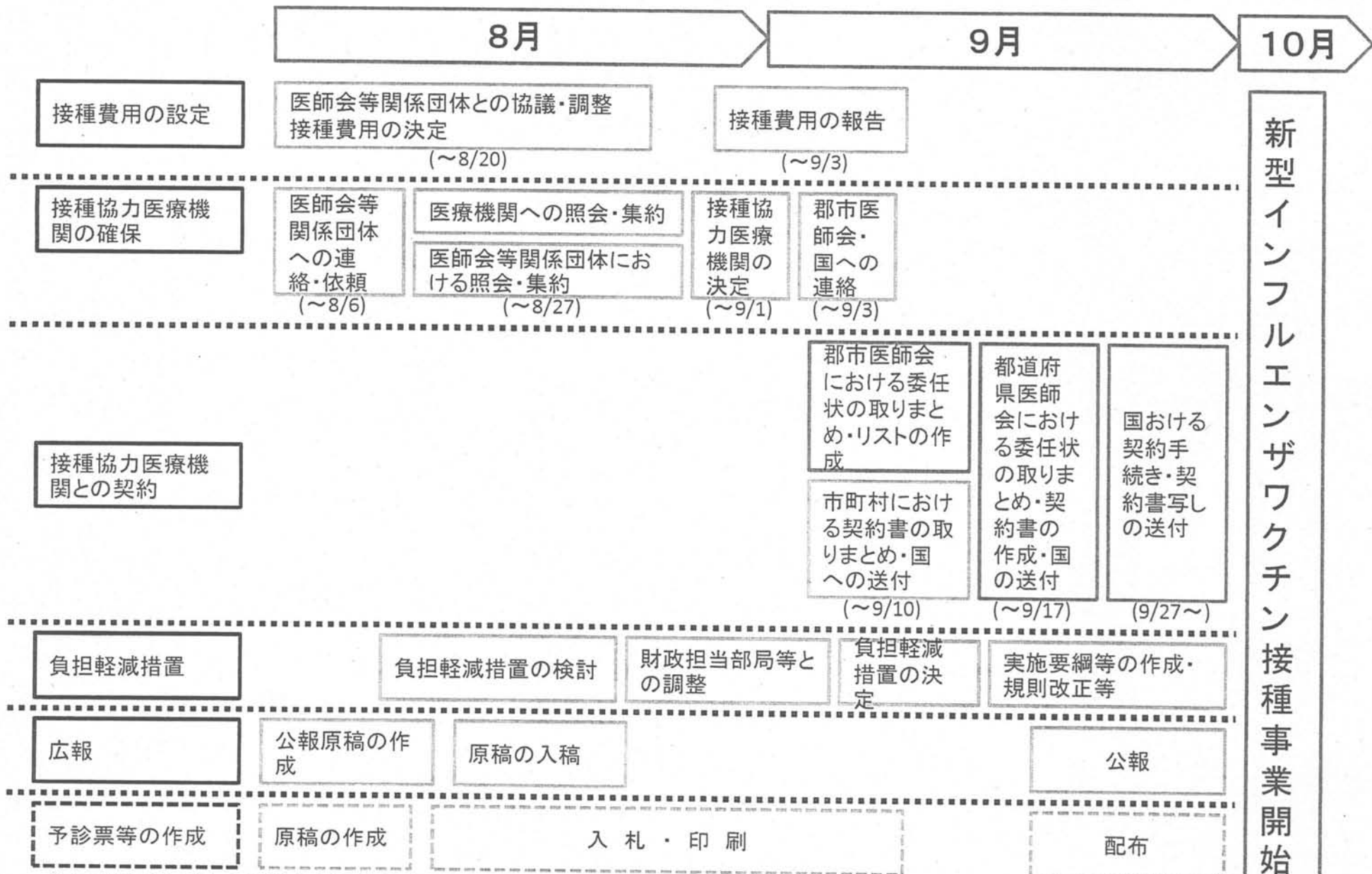
- 接種費用の設定
- 接種実施医療機関との委託契約
- 接種の勧奨
- 管内における計画的な接種の推進・調整
- 接種状況の把握及び報告
- 接種費用の負担軽減措置(費用負担)
- 広報・相談

新型インフルエンザワクチン接種 スケジュール(案)



新型インフルエンザワクチン接種(3価)開始

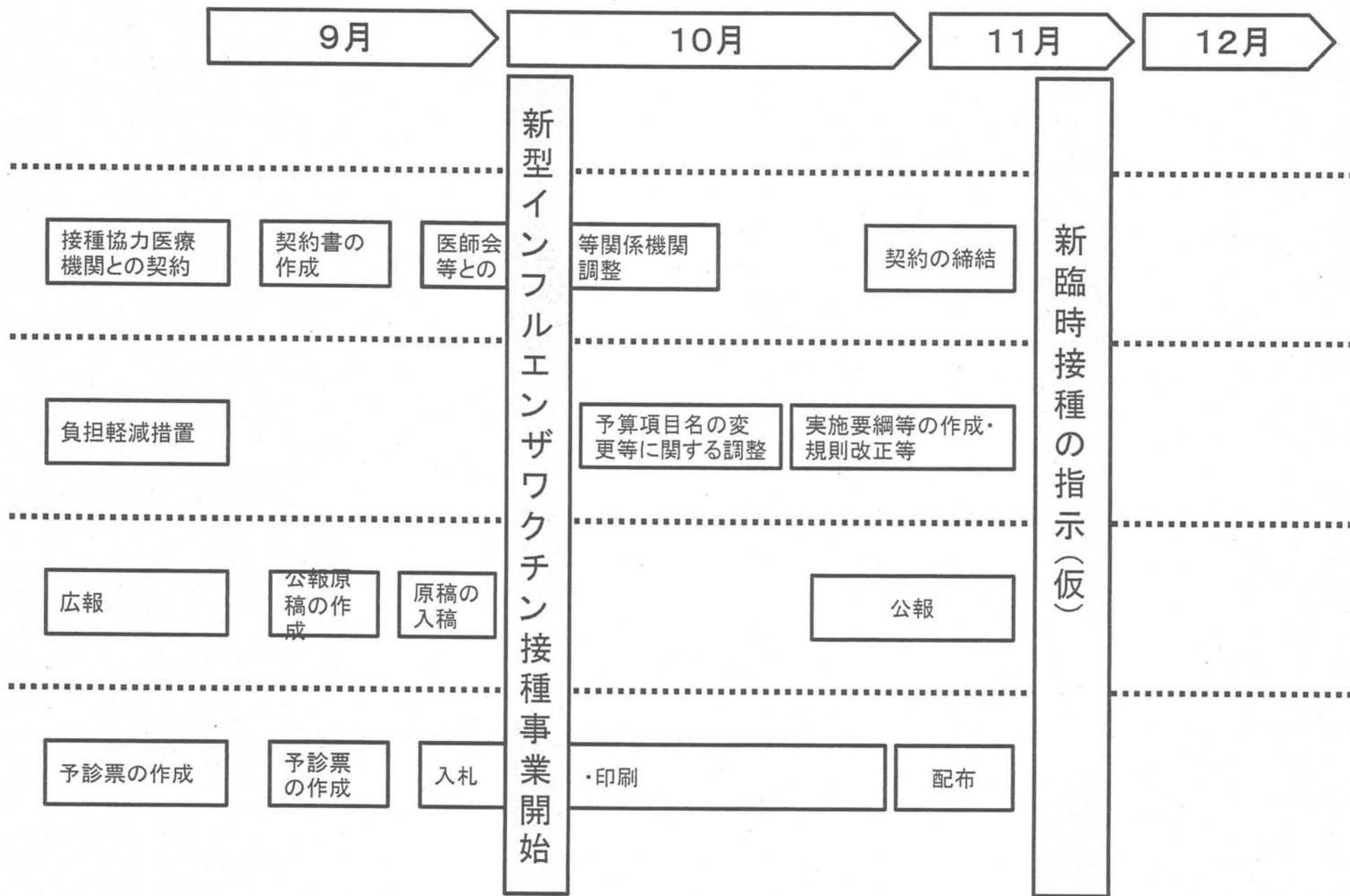
市町村における事務スケジュール[~22. 10. 1](案)



新型インフルエンザワクチン接種事業開始

※予診票は標準となる様式を国が作成し、HPからダウンロードできるようにするが、市町村が独自に作成することも可能

市町村における事務スケジュール[新臨時接種に向けて](案)



※新臨時接種移行に当たっての留意点

- 接種実施医療機関との契約
(国との契約から市町村との契約へ)
- 低所得者負担軽減の費用について、補助金から負担金への変更
- 健康被害救済について、特別措置法から、予防接種法に基づく制度への変更
(国10/10 → 国1/2 都道府県1/4 市町村1/4)

※特別措置法の健康被害救済の給付水準もさかのぼって引き上げ。

(資料3)

新型インフルエンザワクチン接種 事業について(案)

- ・現在、検討中の案であり、地方公共団体において早急に準備を進めていただく観点から提示するもの。
- ・今後、地方公共団体からのご意見等を踏まえ、変更する場合がある。

(1) 接種協力医療機関の確保等について(案)

ア 現在の接種事業に係る契約の解除

国は、新型インフルエンザワクチン接種事業に基づき、現在、国とワクチンの接種等に関する委託契約を締結している医療機関について、平成22年9月30日をもって、契約を解除する。

【具体的な事務】

- ①国は、現在実施している新型インフルエンザ予防接種事業を終了する旨を厚生労働省ホームページに掲載するとともに、都道府県及び都道府県医師会に連絡する。
- ③都道府県は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨を市町村に連絡する。
- ④都道府県医師会は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨を郡市医師会に連絡する。
- ⑤市町村は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨をホームページ等を通じて、管下の医療機関に周知する。
- ⑥郡市医師会は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨をホームページ等を通じて、管下の医療機関に周知する。
- ⑦市町村は、10月1日からの新たな接種協力医療機関を確保に関する協議の際に、新型インフルエンザ予防接種事業を終了する旨をあらかじめ周知する。

イ 新型インフルエンザワクチン接種事業(10月1日から新臨時接種開始まで)における接種医療機関の確保及び契約の締結

(ア) 接種医療機関の確保

市町村は、昨年度のワクチン接種事業の委託契約医療機関及び接種の状況並びにこれまでの予防接種法による定期接種の実施に基づく委託契約医療機関及び接種の状況等を勘案し、今年度における新型インフルエンザワクチンの接種が、高齢者以外の者に対しても接種を実施することとなることを踏まえ、10月以降及び新臨時接種開始後の新型インフルエンザワクチンの接種が円滑に実施できるよう、医療機関(診療科)の不足、偏在がないか等について考慮しつつ、郡市医師会その他医療関係団体等関係機関と協議、調整の上、新たに接種協力医療機関を確保する。

【具体的な事務処理】

- ①市町村は、新たな接種医療機関を確保するため、郡市医師会及び医療関係団体等関係機関と協議及び調整を行う。
- ②郡市医師会及び市町村は、管下の医療機関と調整を行い、接種協力医療機関を確保する。
- ③市町村は、接種協力医療機関についてリストを作成し、郡市医師会に通知するとともに、都道府県を通じて国に報告する。

(イ) 契約の締結

国は、市町村が取りまとめた接種協力医療機関について、医師会又は市町村の取りまとめのもと、10月1日までに、ワクチンの接種等に関する委託契約を締結する。

※市町村が行う二類定期接種に係る医療機関との契約における事業の始期については、今般の国が行う契約の始期である10月1日からとする。

① 医師会が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ①市町村が確保した接種協力医療機関のうち、郡市医師会の取りまとめのもとでの委託契約の締結を希望する医療機関は、委任状を作成し、郡市医師会に送付する。
- ②郡市医師会は、医療機関のリストを作成し、当該リスト及び委任状を都道府県医師会に送付する。
- ③都道府県医師会は、リストを取りまとめの上、契約書を作成し、リストを添付した上で、国に送付する。
- ④国は、契約書に記名・捺印の上、当該契約書の写しを都道府県医師会に送付する。
- ⑤都道府県医師会は、契約の締結が完了した旨を、郡市医師会を通じて、各医療機関に周知する。
- ⑥国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

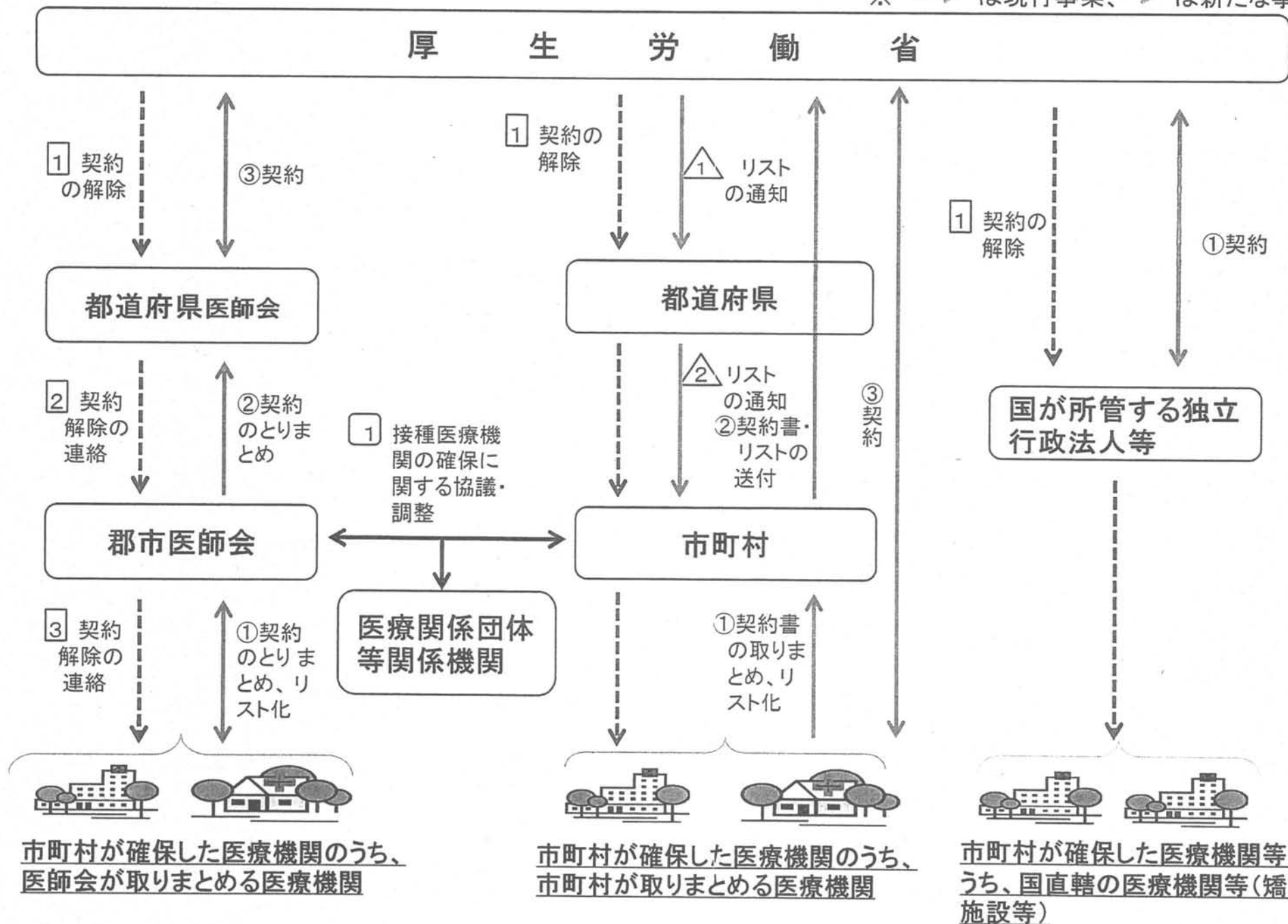
② 市町村が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ①確保した接種協力医療機関のうち、医師会による契約の締結を行わない医療機関が、国との委託契約の締結を希望する場合には、契約書を作成し、市町村に送付する。
- ②市町村は、送付されてきた契約書を取りまとめ、リストを作成の上、国へ送付する。
- ③国は、契約書に記名・捺印等の上、当該契約書の写しを、都道府県及び市町村を経由して、委託契約を締結した各医療機関に送付する。
- ④国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

③ 所定の独立行政法人等が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ①市町村が確保した接種協力医療機関等のうち、国が所管する独立行政法人等に属する医療機関であって、上記による契約の締結を行わない医療機関等については、別途、厚生労働省と協議の上、契約を締結することとする。
- ②国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

※ --> は現行事業、-> は新たな事業



ウ 新型インフルエンザワクチン接種事業から新臨時接種に移行する場合における接種医療機関の確保及び委託契約の締結について

(ア) 新型インフルエンザワクチン接種事業(10月1日～新臨時接種開始前まで)に係る契約の解除

国は、新型インフルエンザワクチン接種事業に基づき、10月1日以降、国とワクチンの接種等に関する委託契約を締結している医療機関について、改正予防接種法に基づく新臨時接種の指示により示された接種開始日の前日をもって、契約を解除する。

(イ) 接種医療機関の確保及び委託契約の締結

10月1日からの新型インフルエンザワクチン接種事業の開始に当たり確保した医療機関を対象に、これまで予防接種法に基づく定期接種を実施に係る委託契約の方法等を踏まえ、新たに市町村が当該医療機関と契約を締結するものとする。

(2) 接種費用の設定について(案)

接種費用の設定

市町村は、原則、新型インフルエンザワクチン接種事業における低所得者に対する接種費用の助成に係る国庫補助基準額の範囲内で、当該市町村に所在する医療機関において接種する場合の接種費用を設定する。

ただし、従来から実施している季節性インフルエンザワクチン接種における接種費用との整合性を勘案し、市町村の判断により、上記基準額と異なる接種費用の設定は可能とする。

なお、国が提示する国庫補助基準額を上回る接種費用設定により、市町村の超過負担が生じないように、厚生労働省として、上記内容について、社団法人日本医師会に申し入れている。

国への報告

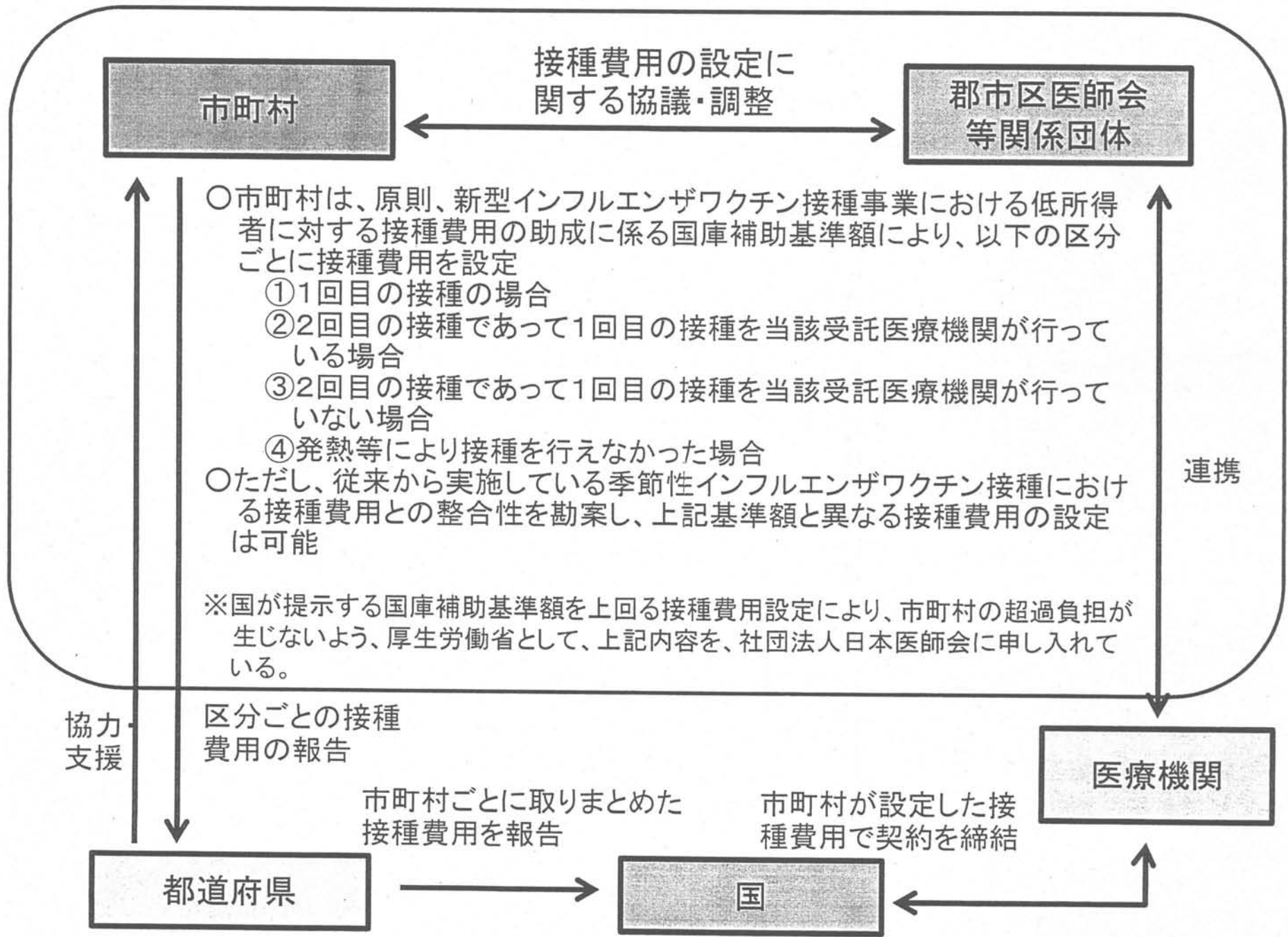
市町村は、それぞれの区分に応じて設定した接種費用の額について、都道府県を經由して、国に報告する。

協議

市町村は、接種費用を設定する場合、郡市医師会その他の団体等関係機関と十分な協議を行う。

協力・支援

都道府県は、市町村が接種費用を設定するに当たり、必要な協力及び支援を行う。



(3) ワクチンの接種について(案)

接種対象者

- 接種対象者は、全国民とする。
- なお、1歳未満の者については、接種を行っても十分な免疫をつけることが困難であると考えられる。ただし、保護者が、有益性とリスクを十分に考慮した上で、強く希望する場合は、接種を行うことを妨げるものではない。

優先接種対象者及び接種スケジュールの設定

- インフルエンザHAワクチンの製造及び確保の状況等から、10月1日から開始される新型インフルエンザワクチン接種事業及び予防接種法に基づく新臨時接種においては、優先接種対象者及び接種スケジュールは設定しない。

接種の場所

- 厚生労働大臣と新型インフルエンザワクチンの接種等に係る契約を締結した医療機関で行う個別接種を原則とする。
- 接種が円滑に行われるよう、市町村が、接種の状況及び地域分布等を踏まえ、事故防止対策及び副反応対策等一定の安全性の要件を満たした上で、保健所、保健センター等の都道府県や市町村が設置する施設等の利用を確保し、受託医療機関が当該施設等を活用し、集団的接種を実施することは差し支えない。
- 国と医療機関との接種等の委託契約において、受託医療機関は予防接種済証の交付等を除く委託業務は自ら行うものとし、国と事前に協議し了解を得ている場合※を除き、他の者へ、その実施を再委託することはできないことから、集団的接種を実施する場合においても、予診及びワクチン接種等は受託医療機関の医師等が行うものとする。
 - ※予診又はワクチンの接種等を受託医療機関以外が実施する場合は、国と事前に協議し了解を得た上で、事故等の発生時の責任を明確にするため、当該医療機関から再委託を受けることとする。
 - ※再委託をする場合は、委託契約に基づき、受託医療機関が事前に国と協議することとされているが、市町村等地方公共団体に再委託する場合は、事前に協議し了解を得ているものとし、協議は省略して差し支えない。

接種の方法

	対象	接種回数	接種量	注射方法
インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉	1歳未満の者	2回	0.1ml	上腕伸部に皮下接種
	1歳以上6歳未満の者	2回	0.2ml	上腕伸部に皮下接種
	6歳以上13歳未満の者	2回	0.3ml	上腕伸部に皮下接種
	13歳以上の者	1回	0.5ml	上腕伸部に皮下接種
A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉	同上			
アレパンリックス(H1N1)筋注〈GSK社製ワクチン〉	6か月以上1歳未満の者	1回	0.25ml	大腿前外側部に筋肉内接種
	1歳以上10歳未満の者	1回	0.25ml	上腕三角筋部に筋肉内注射
	10歳以上の者	1回	0.5ml	上腕三角筋部に筋肉内注射

※高齢者には、季節性インフルエンザ、新型インフルエンザ(A/H1N1)の両方に対するインフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉の接種が原則となる。

※インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉及びA型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉を13歳以上の基礎疾患を有する者に接種する場合にあって、接種対象者が著しく免疫反応が抑制されている場合は、医師の判断により2回接種としても差し支えない。

※インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉及びA型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉を13歳未満の者に2回接種する場合の接種間隔は、1週間から4週間(4週間おくことが望ましい)の間隔をおくものとする。

※いずれも平成22年7月28日時点の状況であり、今後変更される可能性がある。

予診票

- 予防接種法に基づく二類定期接種の対象者に対しては、二類定期接種に用いている予診票を使用して差し支えない。
- 上記以外の者に対しては、別添に示すそれぞれの区分に応じた様式を用いることを原則とする。
- 留意事項
 - ・市町村は、接種対象者や医療機関の利便性等を踏まえ、新臨時接種が開始された以降も同様の様式が使用できるよう、新型インフルエンザ接種事業開始時から自ら予診票を作成することは差し支えない。
その場合にあっては、接種対象者が全国民であること、接種できるワクチンが複数あり、接種希望者が接種されるワクチンの有効性及び安全性等を認識し同意した上で接種が受けられること等に配慮する。
 - ・低所得者に対する費用負担措置を講じるために必要な文章等を追記することは差し支えない。
 - ・新型インフルエンザワクチン接種事業実施時には、予診票は、厚生労働省HPからダウンロードする。

予防接種済証の交付

- 予防接種後は、別添に示す新型インフルエンザ予防接種済証を交付するものとする。
- 乳児又は幼児については、予防接種済証の交付に代え、母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日、その他証明すべき事項を記載する。
- 予防接種済証には受託医療機関名及び代表者名を記載するが、代表名は、接種を行った医師名でも可能とする。
- 予診票は、厚生労働省HPからダウンロードする。

新型インフルエンザ予防接種予診票
(高校生に相当する年齢以上の者対象)

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名	男女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 ヵ月)	

質問事項	回答欄	医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。	はい いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい いいえ	
その病気をみ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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありませんか。	はい いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します・希望しません)。
 インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)[国内産ワクチン]
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレハニックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名 Lot No		実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(高校生に相当する年齢以上の者対象)

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名	男女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 ヵ月)	

接種対象者分類	1.医療従事者(救急隊員含む。) 2.妊婦 3.基礎疾患を有する者 4.1歳未満の小児の高親及び身体的理由により接種が受けられない者の保護者等 5.高校生に相当する年齢の者 6.65歳以上の者 7.1~6以外の者
年齢区分	1.高校生に相当する年齢の者 2.高校卒業以上相当~65歳未満の者 3.65歳以上の者

質問事項	回答欄	医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありませんか。	はい いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します・希望しません)。
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレハニックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 乳濁総脂質A型インフルエンザHAワクチンH1N1[ノバルティス]筋注用[ノバルティス・ファーマ株式会社]
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名 Lot No		実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(小学校6年生以下の者対象)

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)	
年齢区分	1. 1歳未満 2. その他の者			

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか。 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
二ツトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱ができましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)。
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)(国内産ワクチン)
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種地	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(小学校6年生以下の者対象)

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)	
接種対象者分類	1 基礎疾患を有する者 2 小児(1歳~就学前) 3 小学校1年生~小学校3年生 4 小学校4年生~小学校6年生 5 1~4以外の者			
年齢区分	1 小児(1歳~就学前) 2 小学校1年生~小学校3年生 3 小学校4年生~小学校6年生 4 1歳未満			

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか。 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
二ツトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱ができましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)。
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
 乳漢細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用(ノバルティス ファーマ株式会社)
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種地	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴する場合)

診察前の体温 度 分

住所				
受ける人の氏名	男 女	生年 月日	平成 (満 歳 カ月)	年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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	
ひきつけ(けいれん)を起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	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに(同意します・同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)(国内産ワクチン)
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴する場合)

診察前の体温 度 分

住所				
受ける人の氏名	男 女	生年 月日	平成 (満 歳 カ月)	年 月 日

接種対象者分類 1. 基礎疾患を有する者 2. 1.以外の者

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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	
ひきつけ(けいれん)を起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	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに(同意します・同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
 乳濁細胞増殖A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用(ノバルティス・ファーマ株式会社)
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
 〈中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴しない場合〉

住所		診察前の体温		度		分	
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	平成 (満 歳 ヵ月)	年	月	日
質問事項				回答欄		医師記入欄	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか				あった	なかった		
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、その他の病氣 にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()				はい	いいえ		
その病氣の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか				はい	いいえ		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()				はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病氣の方がいましたか (病名)				はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()				はい	いいえ		
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか				はい	いいえ		
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()				はい	いいえ		
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか				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		
ひきつけ(けいれん)を起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		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか				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		
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか				はい	いいえ		

保護者の記入欄
 上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
 以下のワクチンを接種することに (同意します・同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください
 インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)[国内産ワクチン]
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレバンリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)
 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
 説明した
 医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所	医師名	接種年月日
メーカー名	ml	実施場所	医師名	
Lot No		接種年月日	平成 年 月 日	

新型インフルエンザ予防接種予診票
 〈中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴しない場合〉

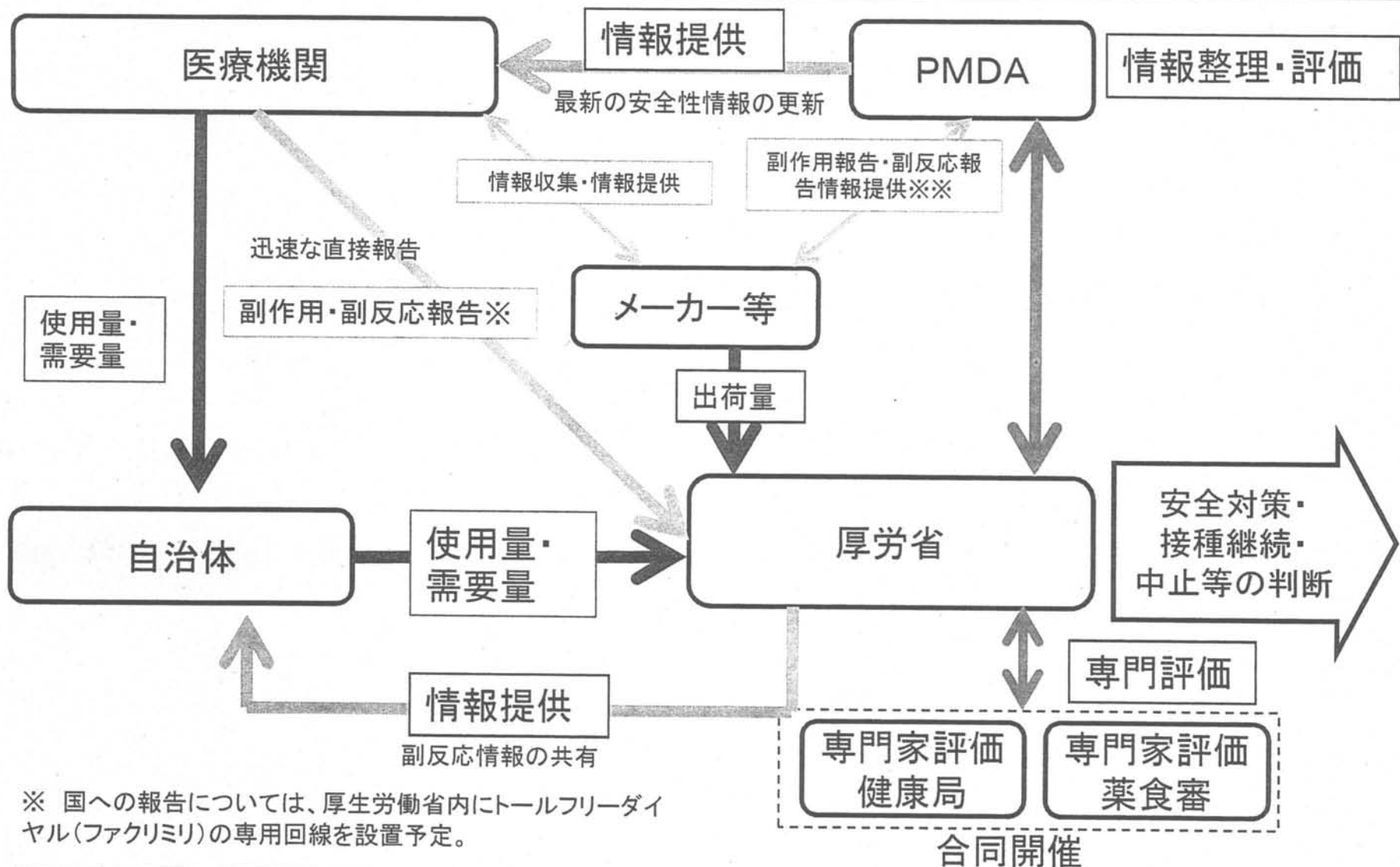
住所		診察前の体温		度		分	
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	平成 (満 歳 ヵ月)	年	月	日
接種対象者分類				1 基礎疾患を有する者 2 1 以外の者			
質問事項				回答欄		医師記入欄	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか				あった	なかった		
生まれてから今までに、先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病氣 にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()				はい	いいえ		
その病氣の主治医には、今日の予防接種を受けてよといわれましたか				はい	いいえ		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()				はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病氣の方がいましたか (病名)				はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()				はい	いいえ		
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか				はい	いいえ		
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()				はい	いいえ		
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか				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		
ひきつけ(けいれん)を起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		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか				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		
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか				はい	いいえ		

保護者の記入欄
 上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
 以下のワクチンを接種することに (同意します・同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレバンリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用[ノバルティス ファーマ株式会社]
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)
 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
 説明した
 医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所	医師名	接種年月日
メーカー名	ml	実施場所	医師名	
Lot No		接種年月日	平成 年 月 日	

新型インフルエンザワクチンにおける副反応報告について



※ 国への報告については、厚生労働省内にトールフリーダイヤル(ファクリミリ)の専用回線を設置予定。

10月1日から実施する新型インフルエンザワクチン接種事業においても、これまでと同様の体制で実施するものとする。

(1) 受託医療機関は、報告基準に該当する予防接種後の副反応を診断した場合、被接種者又は保護者の同意を得て、「新型インフルエンザワクチン予防接種後副反応報告書」を用い、速やかに厚生労働省(フリーダイヤルFAX番号)に報告する。

(2) 受託医療機関以外の医療機関においても、副反応を診断した場合は、同様に厚生労働省に報告をする。

各都道府県及び市区町村は、受託医療機関以外の医療機関に対しても、本実施要領の周知に努め、予防接種後副反応報告に協力を求める。

(3) 上記(1)、(2)に基づいて報告された予防接種後副反応報告については、厚生労働省において、薬事法第77条の4の2第2項の報告及び「定期のインフルエンザ予防接種の実施について」(平成17年6月16日健発第0616002号厚生労働省健康局長通知)の別添「インフルエンザ予防接種実施要領」13の報告とみなして取り扱うこととするため、二重に報告を行う必要はない。

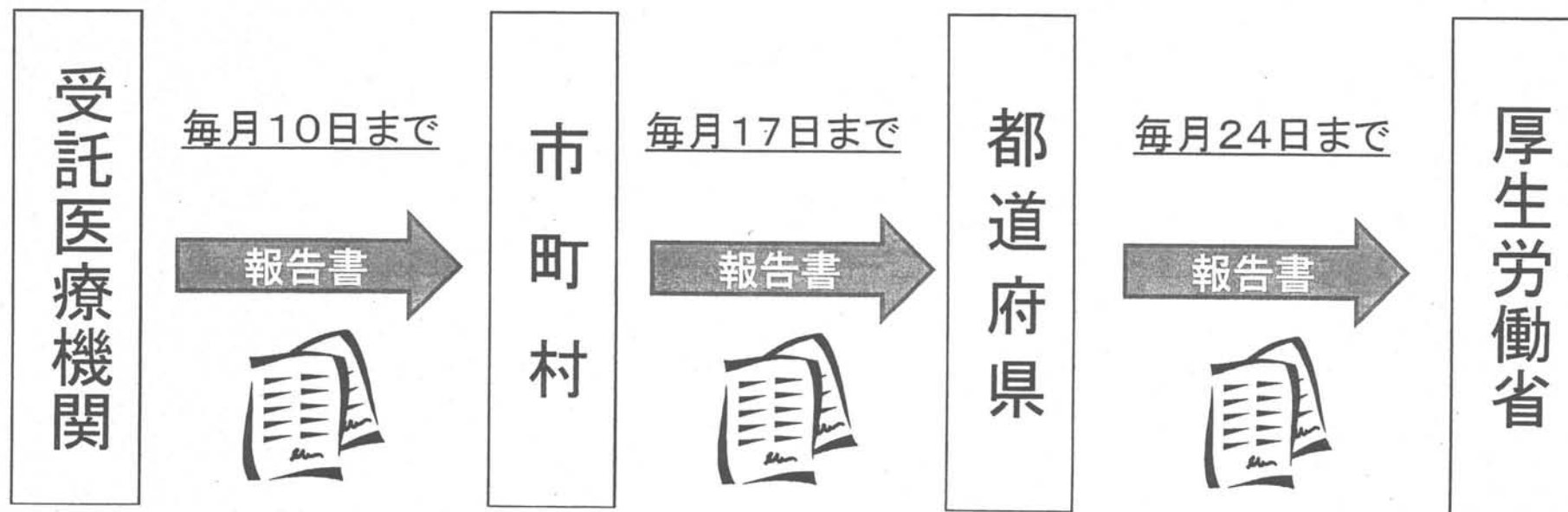
(4) 厚生労働省において、安全対策のため、予防接種後副反応報告を新型インフルエンザワクチンの製造販売業者等に対し情報提供することがある。

医療機関においては、薬事法第77条の3第1項に基づき、製造販売業者等から副反応等に関する情報収集の協力依頼がなされた際には、同条第2項に基づき、製造販売業者の当該情報収集への協力を努めること。

被接種者数の把握について①

- 新型インフルエンザワクチン接種者数については、「受託医療機関における新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種実施要領」(平成21年10月13日付厚生労働省発健1013第4号厚生労働事務次官通知)に基づき、期限までに厚生労働省への報告を求めているところ。
- しかし、現状は報告が遅れたり、報告をいただけない受託医療機関が多数ある。
- 早急に副反応の発生頻度を把握することが行政として必要であり、10月1日以降は、報告様式を改訂し簡素化するので、これまでと同様の手順により、引き続き速やかな報告をお願いします。

◆事務の流れ

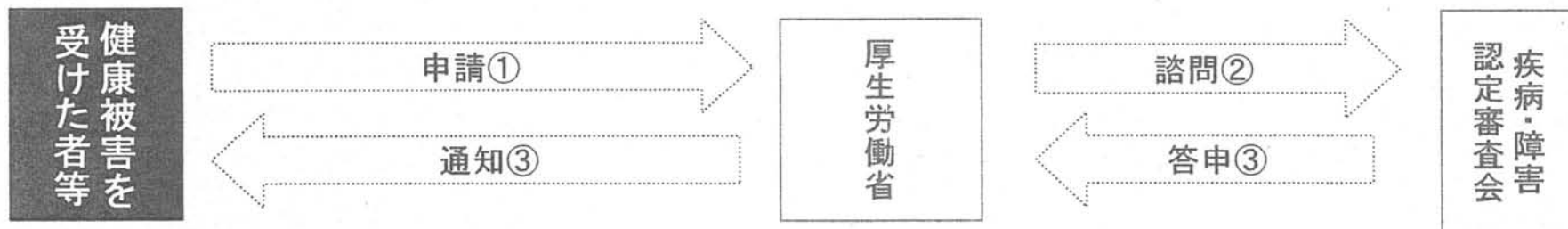


予防接種後健康被害救済制度について

◆新型インフルエンザワクチン接種事業に基づき接種した場合

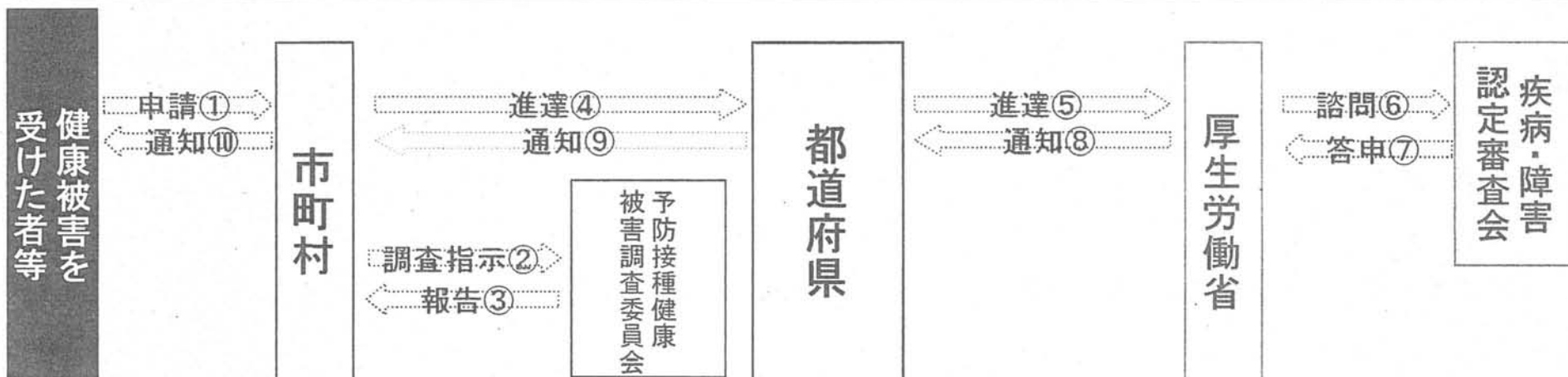
新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法に基づく救済制度が適用され、健康被害を受けた者等は、国に対し、直接、申請等を行う。

◆事務の流れ



◆新臨時接種により接種した場合

予防接種法に基づく定期予防接種に係る救済制度と同様に、健康被害を受けた者等は市町村に対し申請等を行い、市町村は都道府県を通じて国に申請書類を提出し、国は認定等を行う。



ワクチンの供給及び流通

【3価ワクチンについて】

○第13回インフルエンザワクチン需要検討会(7月12日)を開催し、以下の結論が得られたところ

①医療機関及び世帯を対象としたインフルエンザワクチンの需要調査*¹によると、今シーズンのワクチン需要量は、2,230万本～2,670万本*²と見込まれること。

*1 当該調査は季節性インフルエンザワクチンについての需要調査である。

*2 1mLバイアル換算、新型インフルエンザ(A/H1N1)株を含む3価ワクチンとして製造予定

②現時点における製造販売業者の製造予定量は最大で2,900万本程度となる見込であり、予想される需要に対して、十分な製造・供給能力は確保されていると考えられること。

③新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンについて本年11月までは昨年度の国在庫の1価のワクチンが7,300万回分以上あり、3価ワクチンが約2,900万本(5,800万回分)程度生産されることから、概ね国民全員分に対応が可能と考えられる。ただし、3価ワクチンについては、ニーズを踏まえ、ある程度余裕を持った生産が必要であると考えられること。

④今シーズンは、医療機関のワクチンの過剰注文を防ぎ、卸売販売業者が保有する在庫管理を徹底するなどの従来の対策に加えて、新型インフルエンザワクチンの接種方針を踏まえた適切な方法による安定供給対策に努めること。

○3価ワクチンの流通に関しては、通常の市場流通であるが、国は安定供給に関する通知を発出する。

○都道府県は、国より発出される安定供給に関する通知に基づき、管内体制づくり及び関係者へ周知すること。

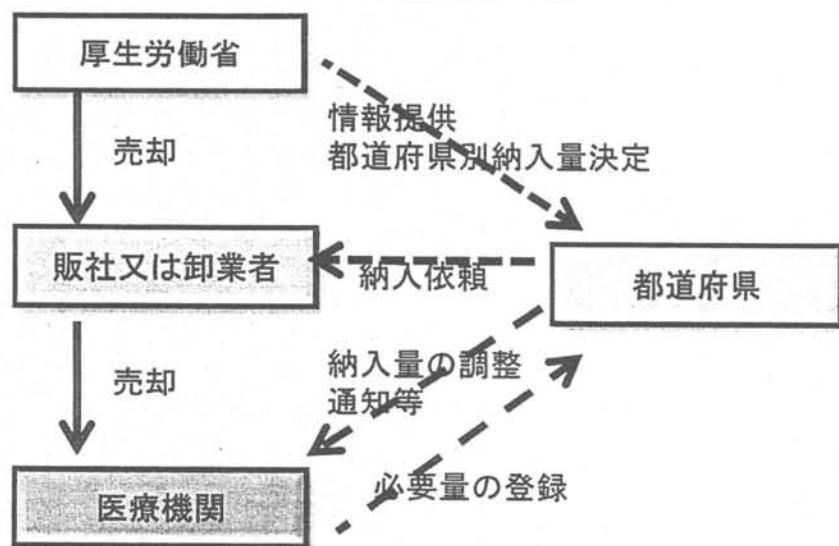
【1価ワクチンについて】

○国内産及び輸入ワクチンのうち、本年10月1日以降に供給されるものについては、国が販売業者（以下「販社」という）、卸売販売業者（以下「卸業者」という）にワクチンを売却した後は、通常の市場流通とする。（今後、別途通知する。）

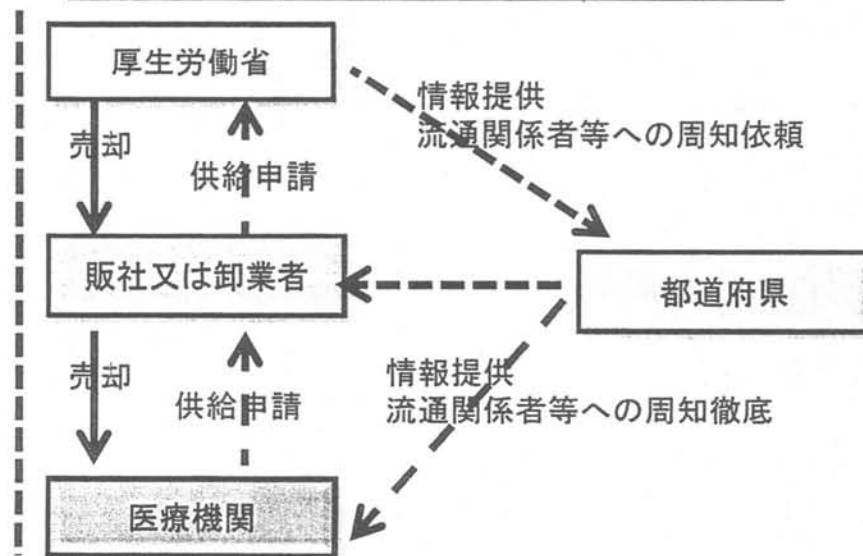
○国は、販社（国内産ワクチン）又は卸業者（輸入ワクチン）からの供給申請に基づき、当該ワクチンを売却する。

○都道府県は、円滑な流通、在庫の偏在を防止する観点から、必要に応じて、受託医療機関及び卸業者と連携し、情報を集約することや、受託医療機関に対して現に必要な量のみを発注するよう周知する。

（現行の1価ワクチン流通スキーム）



（10月1日以降の1価ワクチン流通スキーム）



【1価ワクチンの最大出荷可能量について(7月14日現在)】

(単位:万回分)

銘柄	規格	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
化血研	1mL	1,025	1,025	1,025	1,025	978	526	162	0
	10mL	457	457	453	410	0	0	0	0
阪大	1mL	401	401	401	400	299	224	0	0
デンカ	1mL	490	490	489	487	433	156	0	0
北里	1mL	542	542	542	541	437	206	0	0
国内産 合計	1mL	2,458	2,458	2,457	2,453	2,147	1,112	162	0
	10mL	457	457	453	410	0	0	0	0
	1mL+10mL	2,915	2,915	2,910	2,863	2,147	1,112	162	0
GSK		4,467	4,467	4,467	4,467	4,467	4,467	4,092	2,152
最大出荷可能量		7,382	7,382	7,377	7,330	6,614	5,579	4,254	2,152

※当月有効期限切れのものは前月まで出荷可能としている。

※GSK社製は5月26日現在の国への納入量を基にしている。(9月末で全量納入予定)

※国内産ワクチンは未出荷分及び流通段階からの引き上げ分の合計である。

【返品の取扱について】

厚生労働省は、販社又は卸業者に対して売却したワクチンについて、原則、返品を受け付けない。また、再配分等を目的に流通在庫の引き上げ等を予定していない。

このため、都道府県は、管内受託医療機関や卸業者等の管内流通関係者に対して、当該ワクチンは原則、返品が認められない旨を周知すること。

【保存剤が添加されていない製剤について】

保存剤の添加されていないワクチン接種を希望する妊婦には、1価ワクチン、3価ワクチンともにチメロサル等の保存剤が使用されていない0.5mLバイアル製剤又はシリンジ製剤が使用できることとされている。

同製剤の供給に当たっては、産科及び産婦人科への納入を優先した上で、余裕がある場合は、他の診療科への流通体制を整備し妊婦以外の接種対象者への接種も検討すること。

また、保存剤の添加されていないワクチン接種を希望する妊婦には当該製剤が使用できることを市町村と連携の上広報すること。

	(1価ワクチン)	(3価ワクチン)
数量(※1)	約1万本	約590万本
出荷時期(※1)	8月中旬以降順次(※2)	9月下旬以降順次
銘柄	北里研究所	北里研究所・阪大微研

※1 今後の国家検定結果等により数量、出荷時期に変更があり得る。

※2 昨年度より供給している1価ワクチンの0.5mL製剤は、本年8月3日で、全て有効期限が切れる。