

医事法

6. 感染症対策と予防接種

7階第5研究室

江原朗

(第5章参照)

予防接種法

- 総則(第1条):
 - 伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与する
 - 予防接種による健康被害の迅速な救済を図る

予防接種の定義（予防接種法第2条）

- 目的：疾病に対して免疫の効果を得させる
- 方法：疾病の予防に有効であることが確認されているワクチンを、人体に注射し、又は接種する。

予防接種（第2条）

- 1類疾病：（発生及びまん延を予防）
 - ジフテリア
 - 百日せき
 - 急性灰白髄炎（ポリオ）
 - 麻しん
 - 風しん
 - 日本脳炎
 - 破傷風
 - その他政令で定める疾病
- 2類疾病：インフルエンザ（個人の発病・重症化の防止、まん延の予防）

予防接種の実施(第3条)

- 実施主体：市町村
- 第3条：市町村長は、一類疾病及び二類疾病のうち政令で定めるものについて、当該市町村の区域内に居住する者であつて政令で定めるものに対し、保健所長〔特別区及び地域保健法(昭和二十二年法律第百一号)第五条第一項の規定に基づく政令で定める市(第九条において「保健所を設置する市」という。))にあつては、都道府県知事とする。〕の指示を受け期日又は期間を指定して、予防接種を行わなければならない。

救済措置（第11条）

- 市町村長は、当該市町村の区域内に居住する間に定期の予防接種又は臨時の予防接種を受けた者が、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合において、当該疾病、障害又は死亡が当該予防接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、次条及び第十三条に定めるところにより、給付を行う。

1類疾病に対する給付(救済措置)

- 医療費及び医療手当
- 障害児養育年金
- 障害年金
- 死亡一時金
- 葬祭料

2類疾病に対する給付(救済措置)

- 医療費及び医療手当
- 障害児養育年金
- 障害年金
- 遺族年金又は遺族一時金
- 葬祭料

給付の種類

医療費	かかった医療費の自己負担分
医療手当	入院通院に必要な諸経費(月単位で支給)
障害児養育年金	一定の障害を有する18歳未満の者を養育する者に支給
障害年金	一定の障害を有する18歳以上の者に支給
死亡一時金	死亡した方の遺族に支給
葬祭料	死亡した方の葬祭を行う者に支給
遺族年金	死亡した方が生計維持者の場合、その遺族に支給
遺族一時金	死亡した方が生計維持者でない場合、その遺族に支給

給付額（平成24年4月1日現在）

	臨時接種及び 一類疾病の定期接種	二類疾病の定期接種
医療費	健康保険等による給付の額を除いた自己負担分	一類疾病の額に準ずる
医療手当	通院3日未満（月額）33,600円 通院3日以上（月額）35,600円 入院8日未満（月額）33,600円 入院8日以上（月額）35,600円 同一月入通院（月額）35,600円	一類疾病の額に準ずる
障害児養育年金	1級（年額）1,520,400円 2級（年額）1,215,600円	
障害年金	1級（年額）4,860,000円 2級（年額）3,888,000円 3級（年額）2,916,000円	1級（年額）2,700,000円 2級（年額）2,160,000円
遺族一時金		7,084,800円
遺族年金		年額 2,361,600円 （10年を限度）
死亡一時金	42,500,000円	
葬祭料	201,000円	一類疾病の額に準ずる
介護加算	1級（年額）834,200円 2級（年額）556,200円	

(例) 新型インフルエンザ 予防接種での副反応

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	24時間
(2) 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	21日
(3) その他の脳炎・脳症	7日
(4) けいれん	7日
(5) ギランバレー症候群	21日
(6) その他の神経障害	7日
(7) 39.0°C 以上の発熱	7日
(8) 血小板減少性紫斑病	28日
(9) 肝機能異常	28日
(10) 肘を超える局所の異常腫脹	7日
(11) じんましん	3日
(12) じんましん以外の全身の発疹	3日
(15) 血管迷走神経反射	30分
(16) その他の通常の接種では見られない異常反応	*
(17) 上記症状に伴う後遺症	*

一類疾病

予防接種後副反応報告書

市町村長 殿

患者 (被接種者)	氏名		性別	1 男 2 女	年齢	歳	ヵ月	(昭和・平成 年 月 日生)		
	住所					電話番号				
	保護者氏名									
接種者	氏名(名称)									
	住所					電話番号				
	接種場所	1 診療所 2 病院 3 保健所 4 学校 5 公民館 6 その他()								
報告者	氏名(名称)	1 接種者 2 主治医 3 本人又は保護者 4 その他()								
	住所									
	接種の状況	接種日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	対象疾病	接種期・回 (1 期初回等)			
	ワクチンの種類	製造所名			ロット番号					
		接種部位			接種方法					
	接種前の体温	℃								
	家族歴				出生体重	グラム				
	予診票での留意点 (アレルギー・基礎疾患・発育・最近1ヵ月以内のワクチン接種や病 気等)						1 なし 2 ある			
副反応 の概要	発生時刻	平成 年 月 日	午前・午後	時 分						
	概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査)									
	他の疾患の可能性									
※ 予後	1 死亡 剖検所見() 2 重篤(死亡の危険あり) 3 入院(病院名 入院日 退院日) 4 後遺症 5 その他()									
※回復状況	1 回復している 2 まだ回復していない 3 不明									
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後									
市町村記入欄										
受付日時	年 月 日	時 分	受付者氏名							

接種時期

生ワクチン

ポリオ・麻しん風しん混合・
麻しん・風しん・BCG
おたふく風邪(任意)
水痘(任意)

接種間隔

4週間以上あける

不活化ワクチン

DPT(三種混合)・DT(二種混
合)・日本脳炎
インフルエンザ(任意)
ヒブ(Hib)(任意)
小児用肺炎球菌(任意)
子宮頸がん(HPV)(任意)

接種間隔

1週間以上あける