

(地Ⅲ117F)

平成23年8月31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
保坂 シゲリ

「不活化ポリオワクチンの個人輸入の実態調査」について

今般、厚生労働科学研究「ワクチン戦略による麻疹および先天性風疹症候群の排除、およびワクチンで予防可能疾患の疫学並びにワクチンの有用性に関する基礎的臨床研究」（研究代表者：国立感染症研究所感染症情報センター長 岡部信彦）の分担研究として標記調査が実施されることとなりました。

本調査は、個人輸入による不活化ポリオワクチンの接種状況や接種者数などを明らかにし、不活化ポリオワクチンへの切り替えに向けた今後の予防接種施策に活用するためのものであり、調査票は既に日本小児科医会全会員ならびに日本小児科学会会員のうち病院の小児科部長に対して既に送付されております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

平成23年8月

(社) 日本小児科学会、(社) 日本小児科医会会員各位

(社) 日本小児科学会

(社) 日本小児科医会

(社) 日本医師会

厚生労働省健康局結核感染症課

「不活化ポリオワクチンの個人輸入の実態調査」へのご協力のお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、厚生労働科学研究「ワクチン戦略による麻疹および先天性風疹症候群の排除、およびワクチンで予防可能疾患の疫学並びにワクチンの有用性に関する基礎的臨床研究」(研究代表者：国立感染症研究所感染症情報センター長 岡部信彦)の一環として、標記の調査が実施されます。

これは、個人輸入による不活化ポリオワクチンの接種状況を明らかにするために実施するものであり、結果については、今後、厚生労働省が開催予定の「不活化ポリオワクチンの円滑な導入に関する検討会」に報告するなど、不活化ポリオワクチンへの切り替えに向けた今後の予防接種施策に活用する予定です。何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成23年8月

(社) 日本小児科学会、(社) 日本小児科医会会員各位

日本小児科学会 予防接種・感染対策委員会 委員長
公立大学法人福島県立医科大学医学部小児科学講座 主任教授
細矢光亮

「不活化ポリオワクチンの個人輸入の実態調査」について（依頼）

会員の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、厚生労働科学研究「ワクチン戦略による麻疹および先天性風疹症候群の排除、およびワクチンで予防可能疾患の疫学並びにワクチンの有用性に関する基礎的臨床研究」（研究代表者：国立感染症研究所感染症情報センター長 岡部信彦）の分担研究として、日本小児科学会、日本小児科医会、日本医師会のご協力により、標記の調査を実施することといたしました。

この調査により、個人輸入による不活化ポリオワクチンの接種状況や接種者数などを明らかにさせていただき、厚生労働省にも報告して今後の予防接種施策に活用するよう働きかけていく予定です。集計結果は公表することとなりますが、個別のご回答及び個人情報を公表することは一切ございませんので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

別添の回答用紙にご記入いただき、9月2日までに同封の返信用封筒でご回答いただきますよう、よろしくお願いいたします。

* 本調査のご回答は、集計のうえ、その目的のみに使用し、その他の目的には使用しません。また、個別のご回答を公表することは一切ありませんので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

不活化ポリオワクチンの個人輸入の実態調査

問1. 貴施設では、不活化ポリオワクチンを個人輸入し、接種したことがありますか？

ない（⇒問2. にお進みください。）

ある（⇒問4. にお進みください。）

◆◆問2、問3は不活化ポリオワクチンの接種を行っていない医療機関がご回答ください◆◆

問2. これまで患者さんから不活化ポリオワクチン接種の希望がありましたか？

ある ない

問3. 今後、不活化ポリオワクチンの個人輸入による接種の予定はありますか？

ある ない

⇒ 問1 1 にお進みください。

◆◆問4～問10は不活化ポリオワクチンの接種を行っている医療機関がご回答ください。◆◆

問4. 接種をされているのはいつ頃からですか？現在接種をされていない場合は括弧内にその時期をご記入ください。

平成 年 月頃から（平成 年 月頃～平成 年 月頃まで）

問5. 平成22年4月から平成23年7月までの月毎の新規接種開始人数をご記入下さい。

【平成22年】 4月 _____ 人、5月 _____ 人、6月 _____ 人、7月 _____ 人、
8月 _____ 人、9月 _____ 人、10月 _____ 人、11月 _____ 人、
12月 _____ 人

【平成23年】 1月 _____ 人、2月 _____ 人、3月 _____ 人、4月 _____ 人、
5月 _____ 人、6月 _____ 人、7月 _____ 人

問6. 不活化ポリオワクチンのメーカーをご記入ください。

GSKの単価ワクチン

サノフィ・パスツールの単価ワクチン

その他 _____ （具体的にご記入ください）

裏面に続きます



問7. ポリオワクチンの未接種者に接種を行う場合、次のいずれの方法で実施していますか？

不活化ポリオワクチンの接種のみを実施

不活化ポリオワクチンの接種後に生ワクチンを併用する方法で実施

問8. 定期の予防接種同様、適切な温度管理がなされていますか？

はい

いいえ

問9. 不活化ポリオワクチンによる健康被害に対する保険をかけていますか？

補償制度のある輸入代行業者を利用している

上記以外の保険等をかけている _____ (具体的にご記入ください)

かけていない

問10. 差し支えなければ、貴施設における不活化ポリオワクチンの接種料金（1回の接種あたり、ワクチン代を含む）ご記入ください。 _____ 円

◆◆問11はすべての医療機関にご回答ください。◆◆

問11. 貴医療機関についておたずねします。

・医療機関の所在都道府県名： _____

・医療機関種別 病院 診療所

※回答に不明な点があった場合に確認させていただくため、差し支えなければご記入ください。

医療機関名： _____

ご担当者（又は部署）名： _____

連絡先電話番号： _____

ご協力ありがとうございました。