

參考資料



感対第190-1号
令和5年4月28日

各市町村保健衛生主管課長 様
(予防接種担当)

埼玉県保健医療部感染症対策課長
(公印省略)

令和4年度予防接種実施状況及び令和5年度予防接種計画に関する調査
について (依頼)

本県の予防接種の推進につきましては、日頃格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、今年度も、本県における予防接種の実施状況を把握するため、標記の調査を実施いたします。

つきましては、貴市町村における実施状況等を下記のとおり御回答くださるようお願いいたします。

また、令和4年度埼玉県予防接種調査資料集につきましては、埼玉県感染症情報センターホームページ(<http://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/index.html>)内の埼玉県予防接種調査資料集に掲載いたしましたので、ご活用くださるようお願いいたします。

記

1 提出物

- (1) 調査票1 令和5年度定期予防接種実施計画
- (2) 調査票2 令和4・5年度の定期接種以外の予防接種 (任意の予防接種)
- (3) 調査票3 令和4年度生年別予防接種者数

2 提出期限

令和5年5月19日 (金)

3 提出方法

調査票の電子データ(エクセルファイル)を、下記3か所へ電子メールにて送付

- (1) 所轄保健所長宛て
- (2) 埼玉県感染症対策課宛て a3510-22@pref.saitama.lg.jp
- (3) 埼玉県衛生研究所感染症疫学情報担当宛て p534995b@pref.saitama.lg.jp

4 留意事項

(1) 調査様式について

本調査では、「生年別」を集計単位としています。

(2) 記入方法について

各様式中の記入要領及び注意書きに留意し、記載してください。なお、調査票様式に、記入例を添付していますので参考にしてください。

担 当 感染症・新型インフルエンザ対策担当

TEL 048-830-7330

FAX 048-830-4808



感対第190-2号

令和5年4月28日

さいたま市保健所長
川越市保健所長
越谷市健康づくり推進課長
川口市保健所長

）様

埼玉県保健医療部感染症対策課長

(公印省略)

令和4年度予防接種実施状況及び令和5年度予防接種計画に関する調査
について（依頼）

本県の予防接種の推進につきましては、日頃格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、今年度も、本県における予防接種の実施状況を把握するため、標記の調査を実施いたします。

つきましては、貴市における実施状況等を下記のとおり御回答くださるようお願いいたします。

また、令和4年度埼玉県予防接種調査資料集につきましては、埼玉県感染症情報センターホームページ(<http://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/index.html>)内の埼玉県予防接種調査資料集に掲載いたしましたので、ご活用くださるようお願いいたします。

記

1 提出物

- (1) 調査票1 令和5年度定期予防接種実施計画
- (2) 調査票2 令和4・5年度の定期接種以外の予防接種（任意の予防接種）
- (3) 調査票3 令和4年度生年別予防接種者数

2 提出期限

令和5年5月19日（金）

3 提出方法

調査票の電子データ（エクセルファイル）を、下記2か所へ電子メールにて送付

- (1) 埼玉県感染症対策課宛て a3510-22@pref.saitama.lg.jp
- (2) 埼玉県衛生研究所感染症疫学情報担当宛て p534995b@pref.saitama.lg.jp

4 留意事項

(1) 調査様式について

本調査では、「生年別」を集計単位としています。

(2) 記入方法について

各様式中の記入要領及び注意書きに留意し、記載してください。なお、調査票様式に、記入例を添付していますので参考にしてください。

担 当 感染症・新型インフルエンザ対策担当

TEL 048-830-7330

FAX 048-830-4808



感対第190-3号

令和5年4月28日

各保健所長 様

保健医療部長

令和4年度予防接種実施状況及び令和5年度予防接種計画に関する調査
について（依頼）

標記について、別添写しのとおり各市町村あて依頼しました。

については、貴所管轄の市町村から調査票が提出されますので、業務の参考にしてください。

また、令和4年度埼玉県予防接種調査資料集につきましては、埼玉県感染症情報センターホームページ(<http://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/index.html>)内の埼玉県予防接種調査資料集に掲載いたしましたので、ご活用くださるようお願いいたします。

担 当 感染症・新型インフルエンザ対策担当

TEL 048-830-7330

FAX 048-830-4808

感対第190-4号

令和5年4月28日

衛生研究所長 様

保健医療部長

令和4年度予防接種実施状況及び令和5年度予防接種計画に関する調査
について（依頼）

標記について、別添写しのとおり各市町村長あて依頼しましたので、お知らせします。
つきましては、各市町村から提出される調査票が集まり次第、集計及び解析等をよろしくお
願いいたします。

担 当 感染症・新型インフルエンザ対策担当

TEL 048-830-7330

FAX 048-830-4808

令和4・5年度予防接種調査票

市町村名:

記入者:

電話:

e-mail:

1. 令和5年度定期予防接種実施計画

次ページの「予防接種実施計画記入要領」を御確認の上、該当箇所を記入してください。

種類・回		接種設定年齢						接種方式 個別、集団、 個別集団併用	実費徴収額 (円は不要)	備考
		開始			終了					
四種混合 (DPT -IPV)	初回	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	追加	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
DT	2期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
不活化 ポリオ (IPV)	初回	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	追加	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
麻しん 風しん 混合	1期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	2期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
麻しん 単抗原	1期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	2期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
風しん 単抗原	1期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	2期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
日本脳炎	1期初回	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	1期追加	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	2期	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
BCG	乳児	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
ヒブ	初回	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	追加	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
小児用 肺炎球菌	初回	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	追加	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
子宮頸がん		<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
水痘		<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
B型肝炎		<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
ロタ	1価	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			
	5価	<input type="checkbox"/>	Y	M以上	<input type="checkbox"/>	Y	M未満			

予防接種実施計画記入要領

注1 接種方式は、被接種者から見て集団で行っているのか、個別で行っているのかで判断してください。回答は個別・集団・個別集団併用・備考参照のいずれかを、プルダウンリストから1つだけ選ぶ、または記入してください。

※注意 集団接種で接種できなかった者を個別接種で対応している(定期予防接種者数に含めている)場合は、個別集団併用を選んでください。

注2 記入漏れ防止のため、「#」等で省略したり、枠の形を変更しないで、全て記入してください。

注3 接種対象年齢は全て OY(歳)OM(か月)[例:90月ではなく、7歳6か月と記入]未満で記入して下さい。集団接種を行っている場合等で、特定の学年を接種年齢としている場合には接種対象年齢のはじまりと終わりについては、以下のように表記してください。

設定学年	接種年齢のはじまり	終わり
小学1年生	6歳以上	8歳未満
小学2年生	7歳以上	9歳未満
小学3年生	8歳以上	10歳未満
小学4年生	9歳以上	11歳未満
小学5年生	10歳以上	12歳未満
小学6年生	11歳以上	13歳未満
中学1年生	12歳以上	14歳未満
中学2年生	13歳以上	15歳未満
中学3年生	14歳以上	16歳未満
高校1年生	15歳以上	17歳未満

(例) DT2期 (設定)小学6年生 → 11歳以上13歳未満

なお、設定としては学年だが、そのうちで年齢を考慮しながら行っている場合は、その年齢から記入してください。

(例) 日本脳炎2期 (設定)9歳になった小学校4年生と5年生 → 9歳以上12歳未満

注4 ロタ1価対象者の出生後6週0日後から24週0日については、0歳1か月以上0歳6か月未満と記入してください。ロタ5価対象者の出生後6週0日後から32週0日については、0歳1か月以上0歳8か月未満と記入してください。それ以外の場合は「0歳0か月以上0歳0か月未満」に入力の上、備考欄に詳細を記入してください。

注5 日本脳炎に関しては、特例措置に該当する対象者を除いて下さい。

注6 子宮頸がんに関しては、キャッチアップ接種に該当する対象者を除いて下さい。

2(1) 令和4年度の定期予防接種以外の予防接種(任意の予防接種)に関する事業について

市町村名:

ワクチン種類	接種方式 (個別、集団、個別集団併用)	金銭的負担の詳細 (自己負担額、公費助成額、助成方法等について記載してください)	公費補助の条件 (居住地、性別、年齢、学年等の条件や方式について記載してください。)	備考
BCG				
小児インフルエンザ				
肺炎球菌ワクチン(高齢者)				
水痘				
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)				
麻疹風しん混合(MR)				

2(1) 令和4年度の定期予防接種以外の予防接種(任意の予防接種)に関する事業について

市町村名:

ワクチン種類	接種方式 (個別、集団、 個別集団併用)	金銭的負担の詳細 (自己負担額、公費助成額、助成方法等 について記載してください)	公費補助の条件 (居住地、性別、年齢、学年等の条件や方式について 記載してください。)	備考
麻しん 単抗原				
風しん 単抗原				
その他1 ()				
* ()内にワクチンの 種類を御記入下さい				
その他2 ()				
* ()内にワクチンの 種類を御記入下さい				
その他3 ()				
* ()内にワクチンの 種類を御記入下さい				

注1 予防接種法上の定期の予防接種以外として明らかに位置づけられている予防接種(任意)に関して、各自治体での対応状況を記載してください。

注2 住民等への広報、説明書等を参考にして記入して下さい。

注3 自己負担額は予防接種を受ける者(被接種者)が負担する金額を記入してください。

注4 償還払い等で公費負担上限が決まっている場合は、その旨を記入してください。

注5 公費補助の条件は、特に優先される条件を記載して下さい。

2(2) 令和5年度の定期予防接種以外の予防接種(任意の予防接種)に関する事業予定について

市町村名:

ワクチン種類	接種方式 (個別、集団、個別集団併用)	金銭的負担の詳細 (自己負担額、公費助成額、助成方法等について記載してください)	公費補助の条件 (居住地、性別、年齢、学年等の条件や方式について記載してください。)	備考
BCG				
小児インフルエンザ				
肺炎球菌ワクチン(高齢者)				
水痘				
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)				
麻しん風しん混合(MR)				

2(2) 令和5年度の定期予防接種以外の予防接種(任意の予防接種)に関する事業予定について

市町村名:

ワクチン種類	接種方式 (個別、集団、個別集団併用)	金銭的負担の詳細 (自己負担額、公費助成額、助成方法等について記載してください)	公費補助の条件 (居住地、性別、年齢、学年等の条件や方式について記載してください。)	備考
麻しん単抗原				
風しん単抗原				
その他1 ()				
* ()内にワクチンの種類を御記入下さい				
その他2 ()				
* ()内にワクチンの種類を御記入下さい				
その他3 ()				
* ()内にワクチンの種類を御記入下さい				

注1 予防接種法上の定期の予防接種以外として明らかに位置づけられている予防接種(任意)に関して、各自治体での対応状況を記載してください。

注2 住民等への広報、説明書等を参考にして記入して下さい。

注3 自己負担額は予防接種を受ける者(被接種者)が負担する金額を記入してください。

注4 償還払い等で公費負担上限が決まっている場合は、その旨を記入してください。

注5 公費補助の条件は、特に優先される条件を記載して下さい。

3 令和4年度生年別予防接種者数(1) 市町村名:

年 種類・回		出生		2022年 (R4年)生 まれ(人)	2021年 (R3年)生 まれ(人)	2020年 (R2年)生 まれ(人)	2019年 (R1年)生 まれ(人)	2018年 (H30年)生 まれ(人)	2017年 (H29年)生 まれ(人)	2016年 (H28年)生 まれ(人)	2015年 (H27年)生 まれ(人)	2014年 (H26年)生 まれ(人)
四種 混合 (DPT -IPV)	1期 初回	1回目										
		2回目										
		3回目										
	1期追加											
DT	1期 初回	1回目										
		2回目										
	1期追加											
不活化 ポリオ 単独 (IPV)	1期 初回	1回目										
		2回目										
		3回目										
	1期追加											
麻しん 風しん 混合	1期											
	2期											
麻しん 単抗原	1期											
	2期											
風しん 単抗原	1期											
	2期											
日本 脳炎	1期 初回	1回目										
		2回目										
	1期追加											
水痘	1回目											
	2回目											

記入要領

- 1) 接種者数は、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに予防接種を行った者について、ワクチン別かつ生年別（1月1日～12月31日）に接種者数を記入してください。
 - 2) 接種者がいない欄(対象として設定していないものも含む)は「0」、生年別の接種者数を算出できなかった場合は「×」を記入してください。接種者全体の数は把握できても生年別に区分できない場合は算出できなかったこととなりますので、全て「×」とします。
 - 3) 表は全て記入してください。接種者がいない生年では空欄にせず、0を入力して下さい。
 - 4) 他市町村から転入してきた者で、すでに他市町村で接種したワクチンについては、計上不要です。
 - 5) 調査対象生年のうち、特別な事情等により接種対象期間外に接種した例について把握している場合は、接種者数に計上してください。
- ※ なお、集計処理は埼玉県衛生研究所で行いますので、記載内容に関する問い合わせを埼玉県衛生研究所から行う可能性があります。御承知おき下さい。

3 令和4年度生年別予防接種者数(2)

市町村名:

年 種類・回		出生		2023年 (R5年)	2022年 (R4年)	2021年 (R3年)	2020年 (R2年)	2019年 (R1年)	2018年 (H30年)	2017年 (H29年)
		生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)	生まれ(人)
Hib	初回	1回目								
		2回目								
		3回目								
	追加									
小児用 肺炎 球菌	初回	1回目								
		2回目								
		3回目								
	追加									
BCG										
B型肝炎	初回	1回目								
		2回目								
	追加									
ロタ (1価)	1回目									
	2回目									
ロタ (5価)	1回目									
	2回目									
	3回目									

令和5年1月1日～3月31日に生まれた乳児で接種した者がいた場合、「令和5年生まれ」の欄に、接種者数を入力してください。

記入要領

- 1) 接種者数は、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに予防接種を行った者について、ワクチン別かつ生年別(1月1日～12月31日)に接種者数を記入してください。
 - 2) 接種者がいない欄(対象として設定していないものも含む)は「0」、生年別の接種者数を算出できなかった場合は「×」を記入してください。接種者全体の数は把握できても生年別に区分できない場合は算出できなかったこととなりますので、全て「×」とします。
 - 3) 表は全て記入してください。接種者がいない生年では空欄にせず、0を入力して下さい。
 - 4) 他市町村から転入してきた者で、すでに他市町村で接種したワクチンについては、計上不要です。
 - 5) 調査対象生年のうち、特別な事情等により接種対象期間外に接種した例については把握している場合は、接種者数に計上してください。
- ※ なお、集計処理は埼玉県衛生研究所で行いますので、記載内容に関する問い合わせを埼玉県衛生研究所から行う可能性があります。御承知おき下さい。