

2025年10月11日

東京都保健医療局 局長 山田忠輝 殿

一般社団法人 東京都保険医協会

代表理事 須田昭夫

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-7KDX 新宿ビル 4F

TEL : 03-5339-3601 FAX : 03-5339-3449

## 子宮頸がん予防ワクチン接種予診票「上腕」の記載を「三角筋」に正す要望書

### 要望の要旨

東京都が各自治体に作成させている「子宮頸がん予防（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチン接種予診票」の『接種部位（筋肉内接種）』における『上腕』の記載を『三角筋』に正してください（図1、図2）。

### 要望の理由

#### 1. 日本における特殊な状況

日本では特に子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）接種後の様々な症状が多く、これが注目された結果、メディア報道により混乱がおり、2013年に厚生労働省が積極的な接種勧奨を中止しました。2022年4月から、積極的な接種勧奨が再開されていますが、2023年4月から9月の国内のHPVワクチン接種率は初回が39.9%、2回目が12.8%と低水準のままです（各国の接種率はオーストラリア、イギリス、カナダ、スペイン80%から90%、米国80%弱、韓国約70%）。

#### 2. 世界保健機関（WHO）によるISRR（Immunization Stress-Related Responses：予防接種ストレス関連反応）の公表

日本で多かった症状とワクチンとの因果関係については、様々調査研究が行われていますが、科学的には証明されていません。

一方、WHOは2019年12月（日本語訳2022年4月）にISRRという概念を提唱し、その詳細をまとめたマニュアルを公表しました（図3）。発表された背景には、HPVワクチン接種後に見られた多様な症状を含む、世界各地で報告されたワクチン接種後のストレス関連反応の事例があり、それらに適切に対応する必要性が高まっていたことがあります。ワクチン接種に伴う疼痛、恐怖や不安といった心理的な要因、そしてそれが引き起こす身体的な反応（急性ストレス反応、血管迷走神経反射、解離性神経症状反応など）について、予防、

診断、そして対応するための具体的な指針を医療関係者に提供しています。

### 3. 日本における誤った筋肉注射教育

もちろん、ISRR だけでワクチン接種後の有害事象を説明することはできません。しかし、日本では、筋肉注射の部位（注射針の刺入点）や手技（注射針の角度）に関して医療者への誤った教育により、世界各国よりも接種後の疼痛が多く発生しました。新型コロナワクチンが国内では一般的でない筋肉注射であったため、筋注の正しい接種部位や手技が改めて確認されるまで(図4)、医師や看護師による術後疼痛をきたしやすい手技が蔓延していたのです。

すなわち、本来であれば、アメリカ疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）をはじめとした各国の保健福祉局が、注射針の刺入点は「三角筋の中央に垂直に刺入する」としているのに対し、日本では「肩峰の三横指下」「前後の腋窩ひだの上縁を結ぶ線と、肩峰中央からの垂線の交点」等に「45度から90度程度で刺入する」とされ、三角筋そのものではなく、他の部位をメルクマールに、誤った部位と針の角度についての指導・教育がまかり通っていました。これにより、針の先端が三角筋を外れ、皮下や上腕三頭筋に注射されることにより疼痛が強くなる症例が多かったと推測されます。

### 4. 三角筋は上腕ではない

ところで、肩から上腕の筋肉の名称は解剖学では「三角筋」「上腕三頭筋」「上腕二頭筋」「上腕筋」から構成されています。（「上腕三頭筋」という解剖学用語は存在しません。）三角筋の上腕三頭筋側には、知覚神経である外側上腕皮神経（腋窩神経の枝）や橈骨神経が通っているため(図5)、三角筋を外れて上腕三頭筋側に針が侵入して薬液を注射されると、疼痛が著明になり、WHO 定義の ISRR を合併しやすくなります。

### 5. 「子宮頸がん予防（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチン接種予診票」の誤り

東京都が各自治体に作成させている「子宮頸がん予防（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチン接種予診票」の「接種部位（筋肉内接種）」欄には、『上腕』『その他（ ）』の二つが記載されています。これによれば、あたかも『上腕』が正しい接種部位と誤解する蓋然性が高くなります。特に、初診者や知識が曖昧である医療者が、「上腕三頭筋」に注射してしまうこととなります。

従って、明らかに誤っている『上腕』による誤った注射接種を回避するため、『三角筋』と書き代えることを要望します。

以上

子宮頸がん予防 (ヒトパピローマウイルス感染症) ワクチン接種予診票

(医療機関控)

葛飾区

保護者 様

有効期間 令和4年4月1日 ~ 令和7年3月31日

品川中央公民館

子宮頸がんワクチン 2回目

感染症対策係 発行

今回の接種に「○」をつけてください また過去に接種したワクチン接種に「○」を し、接種年月日をご記入ください	1回目接種 (サーバリックス・ガーダシル・シルガード9) (西暦) 2025年 3月 7日	2回目接種 (サーバリックス・ガーダシル・シルガード9) (西暦) 2025年 6月 28日	3回目接種
--	---	--	-------

※ これまでに接種したワクチンが分からない場合は、医師に母子健康手帳の予防接種の記録または予防接種記録票を提示するか、前回接種した医療機関に確認してください。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
2 今日、体に具合が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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
3 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
4 1か月以内に家庭や遊び仲間に見え、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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種日( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
6 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
7 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特異な薬の投与を受けていますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
8 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
そのときに熱が出ましたか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
9 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
11 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
12 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
13 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
14 今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

【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 - 見合わせたほうがよい) と判断します。  
保護者または接種を受ける本人に対して、予防接種の意義、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 佐藤 一樹 (印)

【保護者・被接種者等記入欄(白電欄)】どちらかに○を入れてください

保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合  
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重要な副反応の可能性、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、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。  
保護者(被接種者が16歳以上の場合は本人)又は同伴者署名

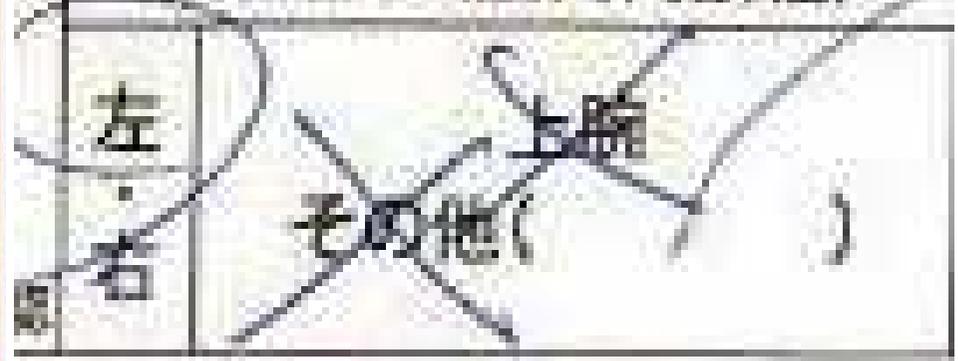
被接種者が13~15歳で保護者が同伴しない場合  
子宮頸がん予防ワクチンを受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重要な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。  
また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。  
保護者自署 緊急の連絡先

使用ワクチン <input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input checked="" type="checkbox"/> シルガード9	接種量 0.5 ml 接種部位(筋肉内接種) 左 上腕 右 その他( )	実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種(予診)年月日 (西暦) 2025年 6月 28日
--	--	---

接種量

0.5 ml

接種部位(筋肉内接種)



使用ワクチン <input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input checked="" type="checkbox"/> シルガード9	接種量 0.5 ml 接種部位(筋肉内接種) 左 上腕 右 その他( )	実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種(予診)年月日 (西暦) 2025年 6月 28日
--	--	---



図 2

子宮頸がん予防(ヒトパピロームウイルス感染症)ワクチン接種予診票 葛飾区  
(高校1年生相当の年度末まで有効)

保護者 様

子宮頸がんワクチン3回目

健康づくり係 発行 **3回目**

今回の接種に「○」をつけてください	1回目接種(サーバリックス・ガードシル)	2回目接種(サーバリックス・ガードシル)	3回目接種
また過去の接種年月日をご記入ください	(西暦)2022年 9月 20日	(西暦)2024年 8月 9日	

※これまでに接種したワクチンが分からない場合は、医師に母子手帳の予防接種の記録または予防接種記録票を提示するか、前回接種した医療機関に確認してください。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
2 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、乳幼児健診等で異常があったとわかれたことがありますか。	あった <input type="radio"/> なかった <input checked="" type="radio"/>	
3 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
5 1か月以内に家族や遊び仲間が麻疹、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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種日( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
7 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( ) 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( ) 薬名( ) そのときに熱が出ましたか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
10 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
14 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
15 今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

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 ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。  
保護者または接種を受ける本人に対して、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 佐藤 一樹

保護者記入欄(自署欄) どちらかに印を入れてください

保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・受ける方が妊娠の場合  
保護者が同伴しない場合(別紙同意書が必要)

接種を受ける方の疾患・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、医師の診察・説明を受け、または別紙同意書を読み、予防接種の効果や目的、健康被害の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することと  
( 同意します ・ 同意しません )  
※かこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票接種票は、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、本予診票接種票が区に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける方)が妊娠の場合は本人)又は同伴者署名

予防接種記録票 (お子様のお名前: )

使用ワクチン	実施場所・医療機関名・医師名
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガードシル	
Lot No. <small>シルガード9 Y019828 HPV Ex.202710.10</small>	
(注)有効期限確認	
接種量 0.5ml	
接種部位 (筋肉内接種)	
左・右 <input checked="" type="radio"/> その他( )	接種(予診)年月日(西暦) 2025年7月31日

接種量 0.5ml

接種部位 (筋肉内接種)

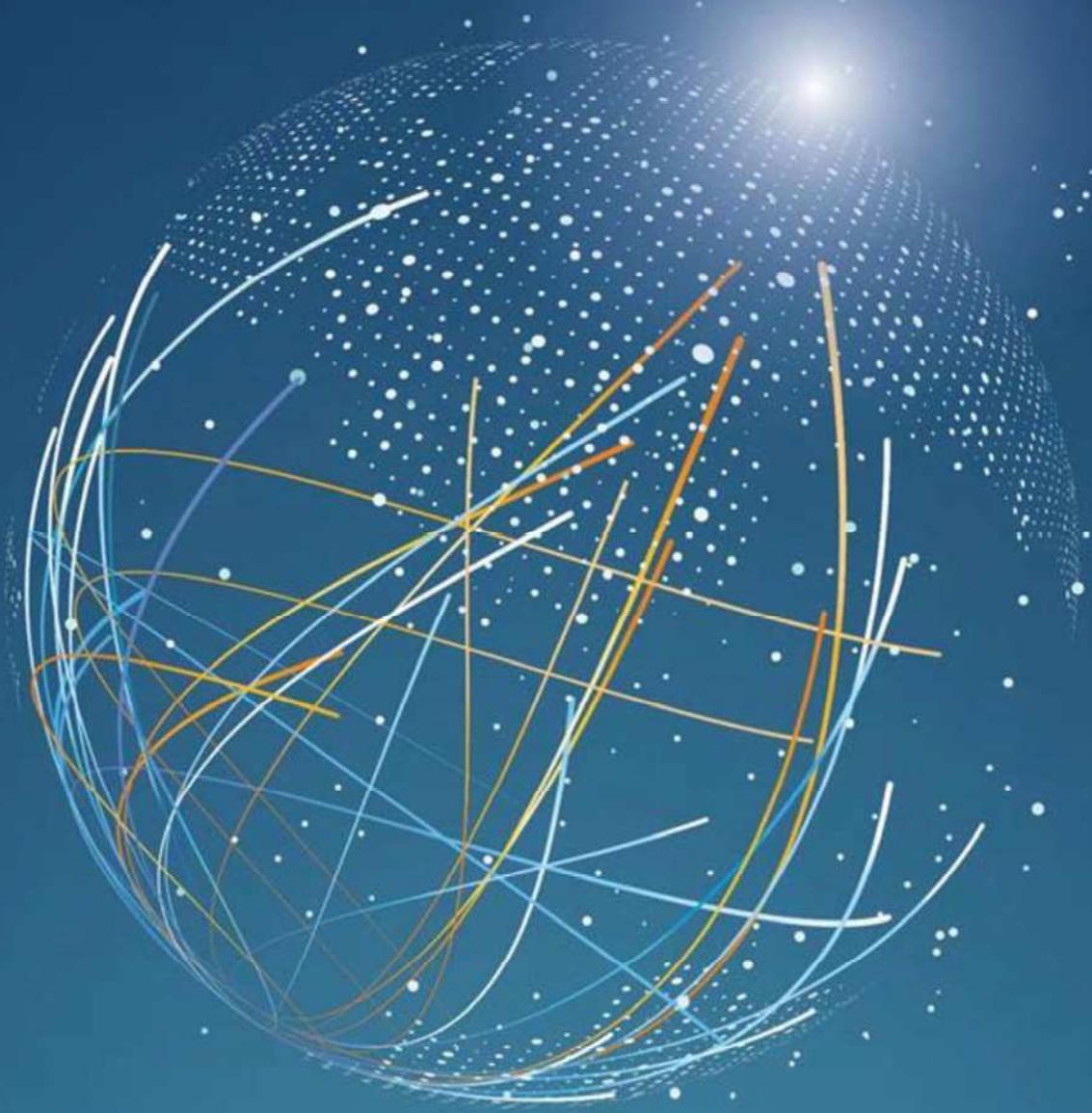


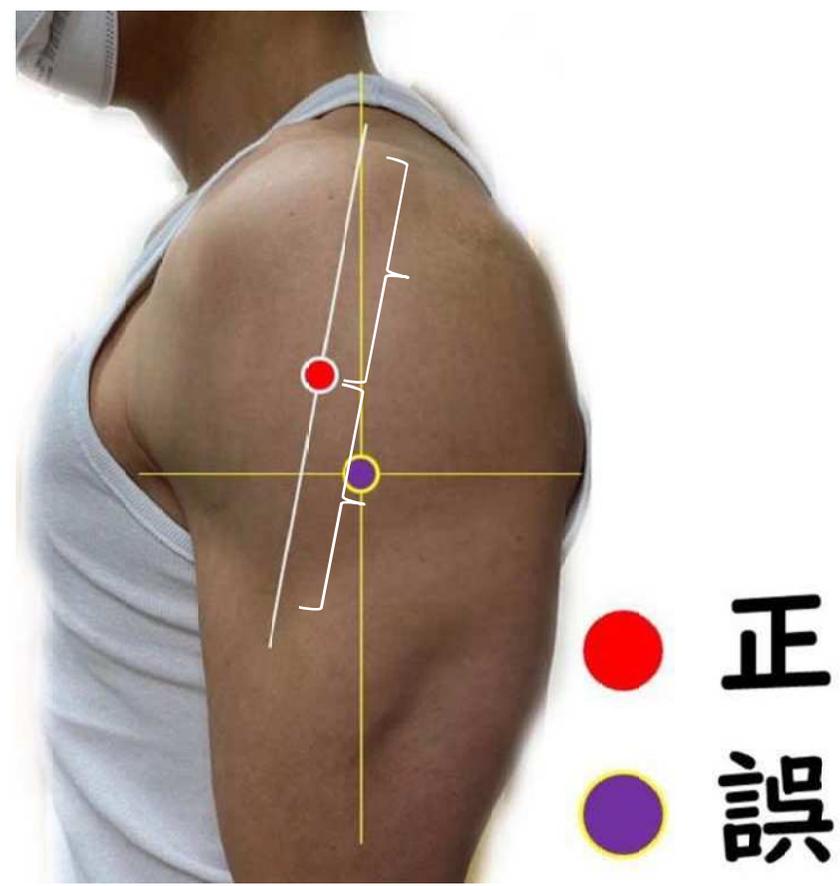
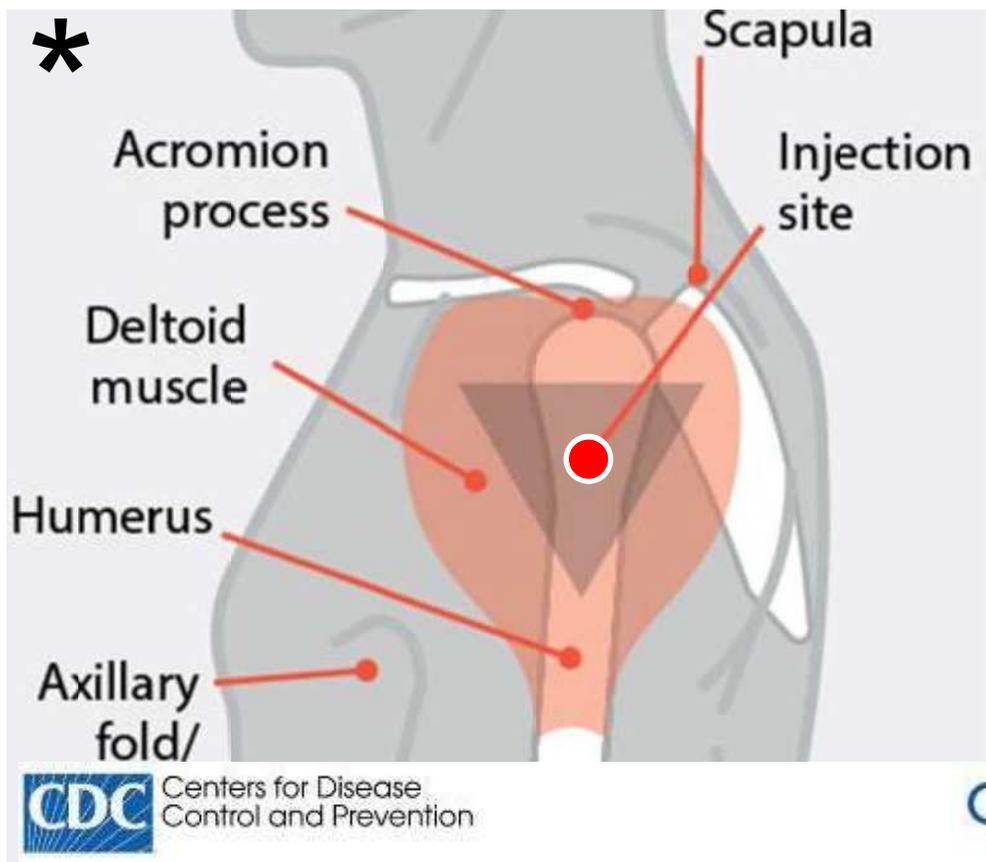
子宮頸がん予防ワクチン 3回目	
使用ワクチン <input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガードシル Lot No. <small>シルガード9 Y019828 HPV Ex.202710.10</small>	実施場所・医療機関名・医師名
(注)有効期限確認	
接種量 0.5ml	
接種部位 (筋肉内接種)	
左・右 <input checked="" type="radio"/> その他( )	接種(予診)年月日(西暦) 2025年7月31日



# 予防接種ストレス関連反応 (ISRR)

予防接種プログラム責任者及び医療関係者のための予防接種ストレス  
関連反応 (ISRR) の予防、発見及び対応の実施マニュアル





Moderna COVID-19 Vaccine: What Healthcare Professionals Need to Know

\*<https://www2.cdc.gov/vaccines/ed/covid19/moderna/40140.asp>

# 三角筋周囲の神経(+動脈)

