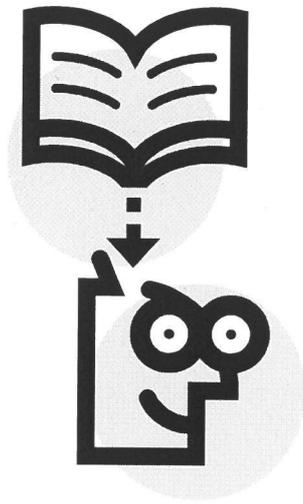


令和6年度版

インフルエンザ定期予防接種 実施マニュアル



(委託医療機関用)

令和6年10月

香美市役所 健康推進課

— 目 次 —

序 インフルエンザの定期予防接種について.....	1
Ⅰ 令和6年度の実施内容.....	3
1 実施期間 2 予防接種の対象者 3 接種場所 4 接種料金 5 接種回数	
Ⅱ インフルエンザ定期予防接種の実施手順.....	4
1 対象者の確認 — 4 2 予診票の記入 — 5 3 医師の診察 — 7	
4 ワクチンの接種 — 10 5 自己負担金の徴収 — 11 6 予防接種済証の発行 — 12	
Ⅲ 予防接種の実施に際しての注意点.....	13
1 接種希望の意思確認 — 13 2 予防接種不適合者 — 13	
3 予防接種要注者 — 13 4 他の予防接種を受けている場合の接種間隔 — 14	
Ⅳ 予防接種の副反応.....	15
1 予防接種後の反応 — 15 2 インフルエンザHAワクチンの副反応 — 15	
3 予防接種後副反応報告制度 — 16 4 予防接種健康被害救済制度 — 20	
Ⅴ 国保連合会への請求事務.....	21
1 予防接種委託料の内容 — 21 2 予防接種委託料の請求 — 21	
3 請求書の記入の仕方 — 22 4 請求書の過誤返戻 — 23	
参考資料① 令和6年(2024年)年齢早見表.....	24
参考資料② 年齢の数え方について.....	25
参考資料③ 請求事務に係る市町村コード一覧表.....	26
参考資料④ 2号対象者(心臓, じん臓, 呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能)の障害の程度.....	27
参考資料⑤ 自己負担金免除証明書の発行について.....	29
参考資料⑥ 説明書「インフルエンザ定期予防接種」を希望される方へ.....	30

※このマニュアルは、医療機関におけるインフルエンザ定期予防接種の円滑な実施に資するため、予防接種法、予防接種法に関する政令・省令、インフルエンザ予防接種実施要領、インフルエンザ予防接種ガイドライン(予防接種リサーチセンター)、予防接種必携(予防接種リサーチセンター)等を参考に作成しました。

序 インフルエンザの定期予防接種について

■法律に基づく予防接種

高齢者施設等におけるインフルエンザの集団感染や症状の重篤化が社会問題となり、高齢者へのインフルエンザ予防接種の支援を行うものとして、平成13年11月7日の予防接種法の改正により、定期の予防接種の対象疾病(B類疾病)にインフルエンザが追加され、市町村長は住民に対してインフルエンザの定期予防接種を行うことが義務付けられました。

■定期予防接種(B類疾病)としての特性

社会全体の流行阻止にはほとんど寄与しないものの、予防接種を受けた本人の発病防止や重症化防止に有効であることが証明されていることから、予防接種法では個人予防目的に比重を置いています。

努力義務を課さない予防接種ですので、本人より接種希望の意思確認が必要です。

■個別接種方式

インフルエンザの定期予防接種は、個別接種方式として、医療機関等において、慎重かつ十分な予診と、予防接種の目的・効果や副反応、健康被害救済制度について対象者が理解しうるよう適切な説明を行い、さらに対象者自ら接種を希望している意思の確認を確実にし、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り、ワクチン接種を実施します。

■公費負担の予防接種

定期予防接種(B類疾病)は、市町村長が行わなければならない予防接種として法的に位置付けられており、行政サービスとして接種料金の一部が公費補助されているので、被接種者の費用負担は任意接種に比べて軽減されています。

■健康被害の救済措置

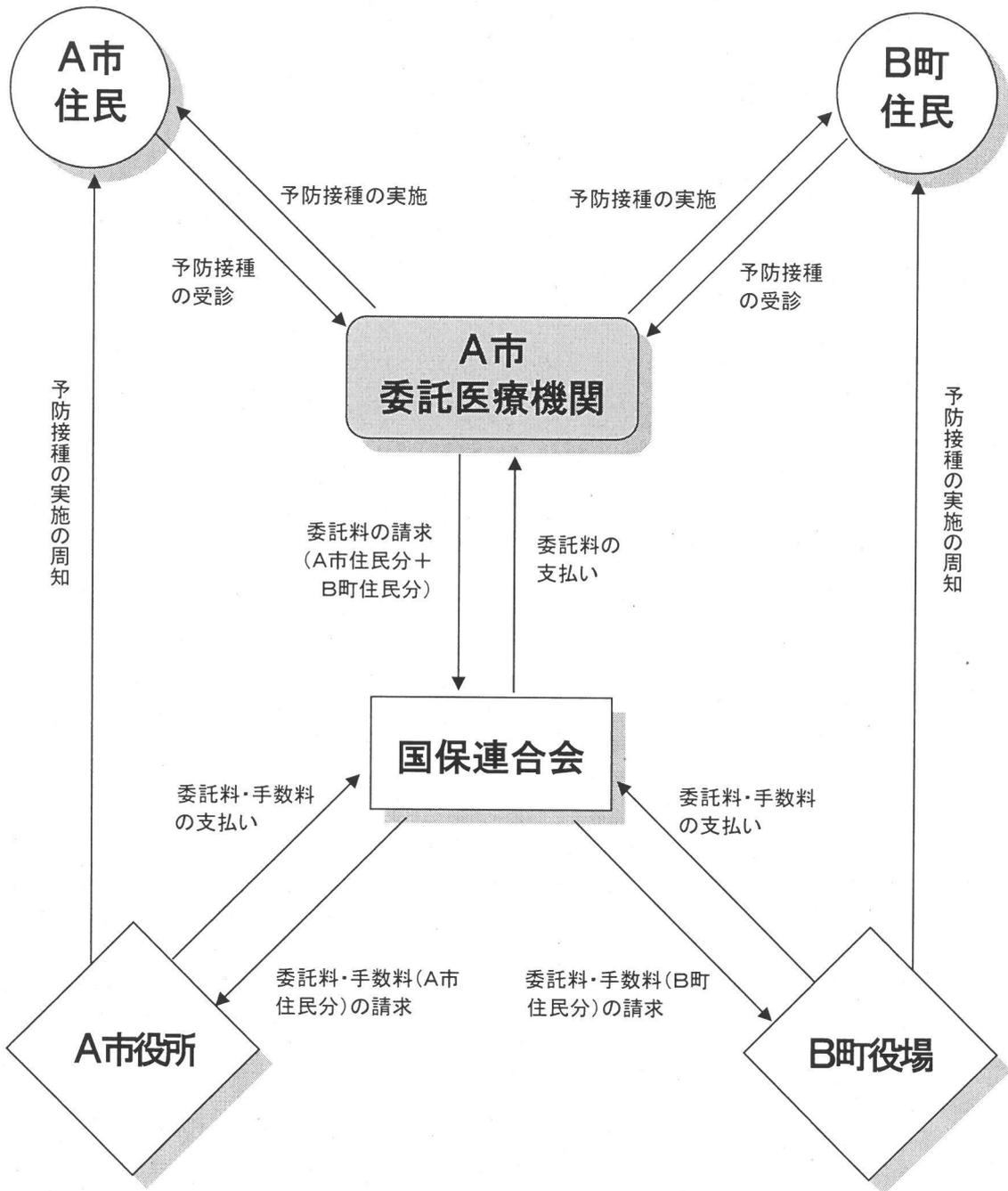
定期予防接種(B類疾病)を受けたことにより、疾病・障害などの健康被害を生じたとの因果関係が厚生労働大臣に認定された場合、その健康被害認定者は予防接種法で定められた医療費や各種手当などの給付を受けることができます。

■高知県広域化予防接種

高知県内全ての市町村は、法令改正のあった平成13年度以降、高知県医師会その他の医療機関等の協力を得た「高知県広域化予防接種委託契約」に基づき、インフルエンザの定期予防接種を委託医療機関等において実施しています。

また、この高知県広域化予防接種のシステムにより、予防接種の対象者は、住民登録地以外の市町村内の委託医療機関でもインフルエンザの定期予防接種を受けることが可能となっています(⇒下図参照)。

図 高知県広域化予防接種事業スキーム(定期予防接種(B類疾病)の場合)



I 令和6年度の実施内容

1 実施期間

令和6年10月1日(火)～令和6年12月31日(火) ※委託医療機関の休診日を除く

(インフルエンザワクチンが十分な効果を維持する期間は接種後約2週間から約5か月とされており、またインフルエンザの過去の発生状況から考えて、インフルエンザワクチンの接種は一般的に10月下旬から12月中旬までの間に行うことが適当であるとの考え方から、本県における定期予防接種は上記期間を設定しています。)

2 予防接種の対象者

高知県内の市町村に住民登録している者であって、次の1号又は2号のいずれかに該当する者
(予防接種法施行令第1条の3及び予防接種法施行規則第2条の2)

1号 65歳以上の者

2号 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

※2号の対象者における障害の程度については、『2号対象者(心臓、じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能)の障害の程度』(⇒27～28ページ)のいずれかに該当するものであること。

3 接種場所

高知県内の委託医療機関 ※高知県広域化予防接種委託契約のB類疾病の受託医療機関

(接種を希望する者が寝たきり等の理由から、医療機関において接種を受けることが困難な場合、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、当該医師による接種を希望する者が生活の根拠を有する自宅、入所施設、入院施設等の接種場所において実施しても差し支えありません。)

4 接種料金

1,100円

※生活保護受給者及び中国残留邦人等支援給付受給者は、受給証明書を委託医療機関に提出すれば無料(⇒29ページ)

5 接種回数

上記の実施期間内において1回のみ ※定期予防接種に限る

(同一医療機関における定期予防接種の2回接種を防ぐため、カルテを活用するなど、個人のインフルエンザ予防接種の履歴管理に努めてください。)

Ⅱ インフルエンザ定期予防接種の実施手順

1 対象者の確認

- (1) インフルエンザの定期予防接種を希望する者が対象者の要件(⇒3ページ)を満たしているか慎重に確認してください。
- (2) 下記の1号対象者又は2号対象者のいずれかに該当しなければ、インフルエンザの定期予防接種は受けることができません。

1号対象者

対象者要件	<input type="checkbox"/> 高知県内の市町村に住民登録している。 <input type="checkbox"/> 接種当日の満年齢が65歳以上である。
確認方法	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の要件を2つとも満たしていること。 ・健康保険証や運転免許証などの身分証明書を提示してもらい、氏名、住所、年齢(生年月日)を確認する。

2号対象者

対象者要件	<input type="checkbox"/> 高知県内の市町村に住民登録している。 <input type="checkbox"/> 接種当日の満年齢が60歳以上65歳未満で、心臓、じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害(身体障害者手帳1級を交付されている又はそれに相当する障害の程度)を有する。
確認方法	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の要件を2つとも満たしていること。 ・健康保険証や運転免許証などの身分証明書を提示してもらい、氏名、住所、年齢(生年月日)を確認する。ただし、次項の身体障害者手帳により確認できれば差し支えない。 ・身体障害者手帳を提示してもらい、障害種別や等級を確認する。身体障害者手帳を持っていない者については医師が27～28ページの資料を参考に確認する。

※1 年齢の確認に当たっては、年齢早見表(⇒24ページ)を活用してください。

※2 年齢の数え方については、平成19年度から法律上の年齢加算の考え方(⇒25ページ)を適用しています。

※3 対象者要件を確認した後は、予診票の該当欄にチェックを記入してください(⇒下図参照)。

〔公費負担法定接種用〕

インフルエンザ予防接種予診票 (兼予防接種台帳)

※1 予診票は当日に記入してください。

※2 太枠内をペン又はボールペンではっきりとお書きください。(鉛筆書き不可)

住所 (必ず住民票の住所を記入してください)		診察前の体温 (37度5分以上は接種不可)		度	分
フリガナ	電話番号			<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳～65歳未満 で(心臓・腎臓・呼吸器・HIV)のいずれかの身障1級に相当	
氏名	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生(満 歳)		

2 予診票の記入

- (1) 予診票は、予防接種不適合者又は予防接種要注意者に該当しないか、当日の体調が良いか等を判断し、予防接種が実施可能であるかを判定するための、また当該予防接種により健康被害が生じた際の重要な資料となります。

〔公費負担法定接種用〕

インフルエンザ予防接種予診票 (兼予防接種台帳)

※1 予診票は当日に記入してください。

※2 太枠内をペン又はボールペンではっきりとお書きください。(鉛筆書き不可)

住所 (必ず住民票の住所を記入してください)		診察前の体温 (37度5分以上は接種不可)		度 分	
フリガナ	電話番号	男	明治	年	日
氏名		女	大正	月	日生(満 歳)
			昭和		

□65歳以上
□60歳～65歳未満
で(心臓・腎臓・呼吸器・HIV)のいずれかの身障1級に相当

質問事項	回答欄	医師記入欄
①今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	はい いいえ	
②今日のインフルエンザ予防接種について配られた説明書を読みましたか。	はい いいえ	
③インフルエンザ予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を具体的に書いてください()	はい いいえ	
⑤現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名()	はい いいえ	
はいの場合、治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、インフルエンザ予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい いいえ	
⑥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	
⑦最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 その予防接種の名前() 接種日()年()月()日	はい いいえ	
⑧今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 はいの場合、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	
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。	はい いいえ	
⑨薬や食品(卵など)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(薬、食品名)	はい いいえ	
⑩ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
⑪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	
はいの場合、治療(投薬等)を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師にインフルエンザ予防接種を受けてよいと言われ	はい いいえ	
⑫免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
⑬今日のインフルエンザ予防接種について質問はありますか。	はい いいえ	

医師診断欄	① 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) と判断します。 ② 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しました。 診察医署名 _____ 場合の判断理由 ([])
-------	--

インフルエンザ予防接種希望書 (※医師の診察の結果、接種が「可能」と判断された後に記入してください。)

- ① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
- ② 本予診票について、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解した上で、住民登録地の市町村に提出されることに同意します。

①及び②に関する本人署名
代筆者氏名* _____ 続柄* _____

(*接種を希望する本人が署名できない場合
代理の方が「本人署名」欄に接種を希望する本人の氏名を
記入し、あわせて「代筆者氏名」「続柄」をお書きください。)

医療機関記入欄	市町村番号 (裏面の※参照)		請求番号 (該当する番号に○印を付してください)		医療機関の所在地・名称
	8039				
	医療機関コード (7桁)		1	自己負担あり	実施結果
			2	自己負担なし(免除証明書添付)	
		3	接種不能者		
使用ワクチン		接種量等	実施場所・接種医氏名・接種年月日(接種不可は診断年月日)		
メーカー名		皮下接種 0.5ml	1	接種	実施場所
Lot No.			2	接種せず	
			接種年月日 令和 年 月 日		

(3) 接種希望者には、予診票に記入してもらう前に、まず予防接種の説明書『「インフルエンザ定期予防接種」を希望される方へ』(⇒30～31ページ)を配付し、必ず読んでいただき、予防接種の有効性や安全性等について理解してもらってください。

(4) 予診票や説明書『「インフルエンザ定期予防接種」を希望される方へ』(⇒30～31ページ)に不足が生じた場合は、香美市健康推進課親子すこやか班予防接種担当(Tel0887-52-9281)まで連絡してください。

(5) 予診票の記入に当たっては、接種当日に、以下の『(6)予診票の記入に当たっての注意事項』に留意し、記入誤りや抜かりのないように書いてもらってください。(鉛筆での記入は認められません。)なお、記入誤りがあった場合、二重線で見え消しにより訂正してください。その際、訂正印は不要です。

(6) 予診票の記入に当たっての注意事項

〔公費負担法定接種用〕			
インフルエンザ予防接種予診票 (兼予防接種台帳)			
※1 予診票は当日に記入してください。		診察前の体温 4	
※2 太枠内をペン又はボールペンではっきりとお書きください。(鉛筆書キ不可)		(37度5分以上は接種不可) 36度4分	
住所	(必ず住民票の住所を記入してください) 香美市土佐山田町宝町1丁目2番1号 1	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
フリガナ	カミシ タロウ	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳～65歳未満 で(心臓・腎臓・呼吸器・HIV)のいずれかの身障1級に相当
氏名	香美市 太郎 2		
			明治 大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日生(満 〇〇歳) 昭和

① 住所

現住所ではなく、住民票に記載されている住所を記入してもらってください。
住民票のある市町村が接種費用の一部又は全額を公費により負担するためです。

② 氏名(フリガナ)

フリガナは必ず付記してもらってください。住民検索を容易にするために必要です。

③ 生年月日

生年月日は、対象者要件に該当するか否か確認する際の重要な情報となります。誤りのないように記入してもらってください。また、年齢は当日の満年齢を記入してもらってください。

④ 診察前の体温

診察前の体温は、接種場所での検温後、接種対象者ではなく体温計を直接確認した医療機関側の者が記入します。 ※診察前体温が、37.5℃以上の場合の委託料は支払いできません。

⑤ 質問事項

質問事項は、全てに回答してもらうようにしてください。問診時に有益な基礎情報となります。

⑥ 回答欄

「はい」又は「いいえ」の該当する方を○印で囲んでもらってください。症状や病名など具体的な内容を書く場合は、質問事項欄の()中に記入してもらってください。 ※2号該当者は病名を必ず記入。

5 質問事項	6 回答欄		医師記入欄
①今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	7 はい	いいえ	
②今日のインフルエンザ予防接種について配られた説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③インフルエンザ予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を具体的に書いてください()	はい	いいえ	
⑤現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
はいの場合、治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、インフルエンザ予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑥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	
⑦最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 その予防接種の名前() 接種日 年 月 日)	はい	いいえ	
⑧今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 はいの場合、その際に具合が悪くなったことはありますか。 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。	はい	いいえ	
⑨薬や食品(卵など)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。(薬、食品名)	はい	いいえ	
⑩ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
⑪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	
はいの場合、治療(投薬等)を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師にインフルエンザ予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑫免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑬今日のインフルエンザ予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

⑦ 公費負担による接種歴の確認のための質問事項

本年度のインフルエンザ定期予防接種を初めて受ける者の場合、上図又は次図のように、必ず一方の「いいえ」に○印が入ることになります。

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	はい	いいえ	
	はい	いいえ	

逆に、下図のように両方の「はい」に○印が入っている者は、本年度のインフルエンザ定期予防接種を既に受けているということになるので注意してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	はい	いいえ	
	はい	いいえ	

3 医師の診察

(1) 予防接種を受けることが適当でない者(予防接種不相当者)(⇒13ページ)又は予防接種の判断を行うに際して、注意を要する者(予防接種要注意者)(⇒13ページ)に該当するか否かを調べるため、接種前に、接種医療機関又は接種場所において、必ず検温、問診、視診、聴診等の診察(予診)を接種希望者全員に対して行います。

(2) 予防接種による健康被害の大部分は不可避免的に生ずるものであるため、これによって全ての健康被害の発生を予見できるものではありませんが、医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、予防接種を受ける者の体調を確認することが求められます。

- (3) 検温は、接種直前の発熱の有無を把握するため、接種場所で行います。明らかな発熱(37.5℃以上)がある者は、予防接種不適合者に該当するのでその日の接種はできません。
- (4) 診察において、問題点があれば、安全のためその日は接種を中止し、最良と思われる接種時期を被接種者と医師とで話し合い、接種機会の確保を図ることが必要です。
- (5) 予防接種後に、ある疾患を偶然に発見、発病したりすることがあります。このような偶発的疾患は、予防接種そのものによる副反応との鑑別が困難な場合もありますが、効果的に鑑別するためには、接種時に接種者の状態を予診票の利用、問診又は診察によって確認しておくことが大切です。
- (6) 問診は予診票をもとに行ってください。予診票の各項目のチェック方法は以下のとおりです。
- ① 体温
37.5℃(腋窩温又はこれに相当するもの)以上の者は、明らかな発熱者として接種を中止します。
 - ② 予防接種の効果や副反応についての事前確認
被接種者が当日受ける予防接種の効果や必要性、副反応等について理解しているかを点検するためのものです。『はい』の場合でも内容の理解ができていないか十分に確認しておくことが必要です。
 - ③ 当日の体の具合
どのように具合が悪いかを記入します。病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断します。
 - ④ 最近1ヵ月の状態
重篤な急性疾患に罹患している場合は、接種を中止します。
 - ⑤ インフルエンザワクチンによる副反応
前回の接種で、2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギー反応を疑う症状を呈した既往の有無確認を行います。これらの症状がインフルエンザ予防接種によるものであれば、接種不適合者となります。
 - ⑥ 既往歴、現病歴
病気の種類を知り、接種への対応を決めます。継続治療中の場合には、原則として主治医の判断によります。ただし、病気の内容によっては、主治医が予防接種に関する専門医等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上、接種することもできます。
 - ⑦ アレルギーなど
インフルエンザワクチンは、ウイルスの増殖に孵化鶏卵を用いているので、卵アレルギーが明確な者(食べるとひどいじんましんや発疹が出たり、口腔内がしびれる者)に対しては接種を避けます。
- (7) 医師記入欄・医師診断欄
医師は予診票を確認し、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否に関する診断を行い、対象者に説明します。下図のとおり署名も必要です。
- ① 追加問診によって知り得た必要事項については、質問事項・回答欄の右隣の医師記入欄に記載してください。また、問診の際のチェック欄として活用していただいても結構です。
 - ② 接種可否について、「可能」又は「見合わせる」のいずれか該当する方を必ず○印で囲んでください。

③ 問診及び診察を行い、接種の可否を診断した医師が署名(直筆のサイン)してください。なお、ゴム印等で記名した場合は医師の押印が必要です。

質問事項	回答欄		1 医師記入欄
①今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	はい	いいえ	
②今日のインフルエンザ予防接種について配られた説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③インフルエンザ予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を具体的に書いてください()	はい	いいえ	
⑤現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
はいの場合、治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、インフルエンザ予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑥最近1ヵ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	
⑦最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 その予防接種の名前() 接種日(年 月 日)	はい	いいえ	
⑧今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 はいの場合、その際に具合が悪くなったことはありますか。 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。	はい	いいえ	
⑨薬や食品(卵など)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。(薬、食品名)	はい	いいえ	
⑩ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
⑪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	
はいの場合、治療(投薬等)を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師にインフルエンザ予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑫免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑬今日のインフルエンザ予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	
医師診断欄	① 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (<u>可能</u> 見合わせる) と判断します。 ② 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しました。 ①及び②に関する診察医署名 _____ ①で見合わせる場合の判断理由 [<u>土佐 次郎</u> 3]		

(8) インフルエンザ予防接種希望書欄

前項(7)で接種可能と診断された場合、医師は予防接種の効果や接種後の通常起こり得る反応及びまれに生じる重い副反応(⇒15ページ)並びに予防接種健康被害救済制度(⇒20ページ)について、接種対象者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行った上で、自らの意思で接種を希望し、予防接種の実施に関して文書により同意を得るため、最後に接種対象者に署名してもらいます。

1 **インフルエンザ予防接種希望書** (※医師の診察の結果、接種が「可能」²と判断された後に記入してください。)

① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性²について理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

② 本予防接種について、予防接種の安全性の確保を目的としていること³を理解した上で、住民登録地の市町村に提出されることに同意します。

③ ①及び②に関する本人署名 香美市 太郎

* 接種を希望する本人が署名できない場合
代理の方が「本人署名」欄に接種を希望する本人の氏名を記入し、あわせて「代筆者氏名」と「続柄」をお書きください。 代筆者氏名* 香美市 花子 4 続柄* 妻

① 『インフルエンザ予防接種希望書』欄は、医師の接種可否の判断に係る診察の結果、接種が可能と判断された後に記入します。接種不可(接種を見合わせる)と判断された場合は、『インフルエンザ予防接種希望書』欄への記入は不要です。

② 『接種を希望します』又は『接種を希望しません』のいずれか該当する方を○印で囲んでもらってください。なお、対象者が接種を受ける法律上の義務が無いにもかかわらず、対象者が自らの意思で接種を

希望していることを確認してください。この際、対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力により、本人の意思を確認することは差し支えありませんが、接種希望が明確な場合に限り接種を行い、意思確認ができない場合は、接種することはできません(⇒13ページ)。

また、医師の診断で接種可能と判断されても、医師の診察・説明の結果、対象者が接種を希望しなくなった場合は、『接種を希望しません』の選択と署名が必要です。

③ 原則、接種対象者本人に署名(直筆のサイン)してもらってください。

④ 前項③において、止むを得ず本人が自署できない場合、代筆者が署名することになります。その際、代筆者の氏名と続柄をあわせて書いてもらってください。

医療機関等の接種者側関係者による署名はできません。

4 ワクチンの接種

(1) 定期予防接種の実施方法

使用ワクチン	インフルエンザHAワクチン
接種回数	実施期間中1回のみ
接種量	0.5mL
接種方法	皮下接種
接種部位	原則として上腕伸側

(2) 接種後の注意事項として、被接種者に対し、次に掲げる①～⑤のことを知らせておいてください。

① 接種後は、接種部位を清潔に保つよう注意してください。

② 予防接種当日の入浴は差し支えありません。

③ 過激な運動、大量飲酒は、それ自体で体調変化をきたす恐れがありますので、ワクチン接種後 24 時間は避けるべきです。

④ ワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要があります。特に、接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意してください。

⑤ 接種後、接種部位の異常反応や体調変化を感じた場合は、速やかに医師の診察を受けるとともに、住民登録地の市町村(予防接種担当課)に連絡してください。

(3) 医療機関記入欄への記入

【予防接種を実施した場合】

医療機関記入欄	使用ワクチン	接種量等	実施結果	実施場所・接種医氏名・接種年月日	
	1 名 Lot No. インフル△△ ABC-123	皮下接種 0.5ml	2 接種 2 接種せず	3 実施場所 健康づくり病院 接種医氏名 土佐 次郎 接種年月日 ○○年 ○○月 ○○日	

ワクチンシール

- ① 万一副作用が出た場合等に備えて、ワクチンのメーカー名及びロット番号を記入してください。メーカー名及びロット番号を表示したシールの貼付でも可。ワクチンの有効期限の記入は不要です。
- ② 接種した場合は『1 接種』を○印で囲んでください。
- ③ 実施場所、接種医氏名及び接種年月日を記入してください。ゴム印やスタンプ印の押印でも可。

【予防接種を実施しなかった場合】

医療機関記入欄	使用ワクチン	接種量	5	実施結果	実施場所・接種医氏名・接種年月日	
	4 メーカー名 Lot. No.	皮下接種 0.5ml		1 接種 2 接種せず	6 実施場所 健康づくり病院 接種医氏名 接種年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

- ④ ワクチン接種をしていないので空欄のままです。
- ⑤ 接種しなかった場合は『2 接種せず』を○印で囲んでください。
- ⑥ 実施場所及び接種年月日(接種不可となった年月日と読み替える)を記入してください。ゴム印やスタンプ印の押印でも可。接種医氏名については記入しないでください。

5 自己負担金の徴収

- (1) 予防接種を受けた者(被接種者)については、次項(2)の場合を除き、自己負担金1,100円を徴収してください。領収書は、医療機関の様式(レシート可)で結構です。
- (2) 予防接種を受けた者(被接種者)で、『自己負担金免除証明書』(⇒下図参照)を提出した者は、自己負担金1,100円は免除(無料)ですので徴収しないでください。免除した額1,100円については、通常の予防接種委託料に上乗せする形で、その者の住民登録地の市町村が支払うこととなります(⇒21ページ)。

○香美福祉第〇〇-〇〇〇〇号

生活保護受給証明書

住所			
氏名	生年月日	増員日	減員日
〇〇 〇〇	昭和〇年〇月〇日	昭和〇年〇月〇日	

保護の種類
扶助・扶助

受給期間
 〇年〇月〇日 から

上記世帯は、生活保護法により保護を受給していることを証明します。

使用目的
 インフルエンザ予防接種のため

〇〇 〇年〇月〇日

宛先
 香美市

香美市福祉事務所長

A4サイズ

自己負担金免除証明書

(インフルエンザ予防接種用)

[住所] **1** _____ 町 丁目 番地 号

[氏名] _____ 様

上記の者は、予防接種法施行令に基づくインフルエンザ予防接種にかかる自己負担金の免除対象であることを証明する。

2

____年 月 日
香美市長 依光 晃一

長 香
印 美
市 市

※ この免除証明書は、平成 ____年度の予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種に限りご利用できません。医療機関等で接種される際、この免除証明書を提出してください。

※1 自己負担金免除証明書の様式は、各市町村の規則等により定められていますので市町村によって異なります。

※2 免除証明書をどこで交付してもらえるかについては、『自己負担金免除証明書の発行について』(⇒29ページ)を参照してください。

- ① 予防接種を受けた者と自己負担金免除証明書に記載された者が同一人物であるか、予診票と突合して確認を行ってください。
- ② 本年度(令和6年度)の定期予防接種に係る自己負担金免除証明書か否か確認してください。
令和6年度に発行されたもの以外は効力がありません。
- (3) 検温、問診及び診察の結果、予防接種を受けることができなかった者や医師の診察及び説明の結果、予防接種を希望しなかった者については、自己負担金は発生しません。

6 予防接種済証の発行

- (1) 予防接種法に基づくインフルエンザの定期予防接種を実施した際は、被接種者に対し、『インフルエンザ予防接種済証』(⇒下図参照)を交付してください。これは被接種者本人が接種記録を明確に認識できるためのものです。
- (2) インフルエンザ予防接種済証は、接種医療機関において必要事項を記載・押印し、被接種者に直接発行してください。なお、住所・氏名・生年月日の項目については、被接種者本人に記入してもらってもかまいません。
- (3) インフルエンザ予防接種済証に不足が生じた場合は、香美市健康推進課親子すこやか班予防接種担当(Tel.0887-52-9281)まで連絡してください。

(公費負担法定接種用)	
インフルエンザ予防接種済証	
住所 _____	
氏名 _____	
生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日
接種年月日	____年 月 日
____年 月 日	
実施医療機関名 _____	
印	

Ⅲ 予防接種の実施に際しての注意点

1 接種希望の意思確認

- (1) 定期予防接種(B類)は、主として個人予防目的のために行われるものです。したがって、接種対象者には予防接種を受けるように努める義務は課されておらず、自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を行うこととなります。
- (2) 予防接種の対象者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることは認められますが、接種を希望することが確認できた場合に限り接種を行うことができます。対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた定期予防接種は実施することはできませんので注意してください(⇒9ページ)。

2 予防接種不適合者 (予防接種を受けることが適当でない者)

対象者が次のいずれかに該当すると認められる場合、又はこれらに該当する疑いのあると判断される場合には、その日は接種を行わず、必要があるときは精密検査を受けるよう指示してください。

- (1) 接種当日、体温が 37.5℃以上ある者
- (2) 重篤な急性疾患にかかっている者
『重篤かつ急性』の疾患に罹患している場合には、病気の進展状況が不明であり、このような状態において予防接種を行いません。
- (3) 予防接種の接種液(ワクチン)の成分によってアナフィラキシーショックを呈したことが明らかな者
インフルエンザワクチンにより、アナフィラキシーショックを呈した場合には、予防接種を行いません。また、卵等でアナフィラキシーショックを起こした既往歴のある者にも予防接種は行いません。
- (4) インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある者
- (5) その他、予防接種を行うことが不適合な状態にある者
(1)～(4)までに掲げる者以外の予防接種を行うことが不適合な状態にある者について、個別ケース毎に接種医により判断されることとなりますが、慎重な対応が必要です。

3 予防接種要注意者 (予防接種の判断を行うに際し、注意を要する者)

予防接種要注意者については、健康状態及び体質を勘案して、主治医及び専門性の高い医療機関の医師に対し、接種を行うことができるか否かについて意見を求め、慎重に接種の可否を判断します。

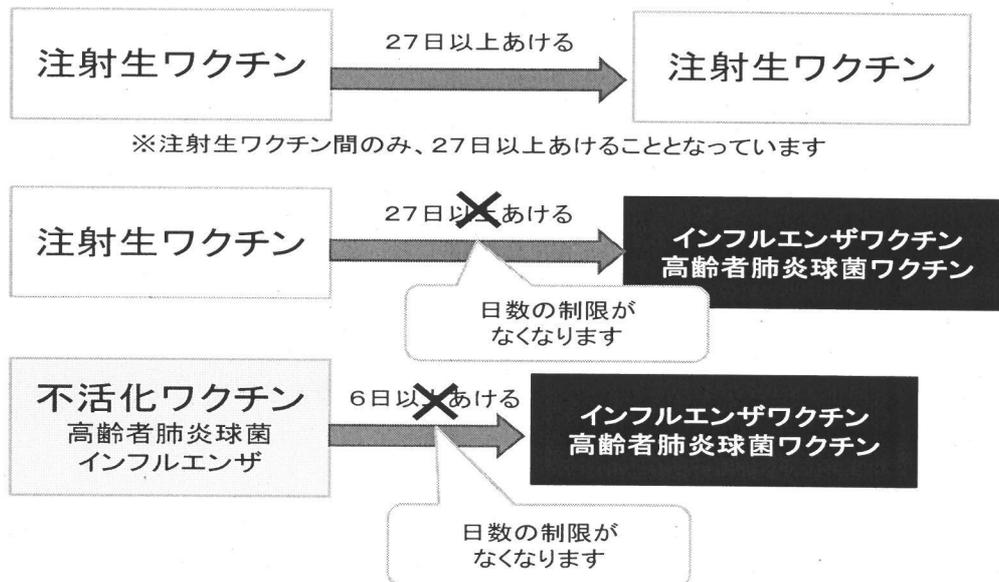
接種の際には、その者に対して改めて目的や効果、副反応などについて十分に説明し、十分に理解した上での接種希望であることを確認し、接種の同意を確実に得る必要があります。

- (1) 心臓血管系、じん臓、肝臓、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- (2) けいれんの既往のある者
- (3) 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- (4) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する者
- (5) 接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

なお、**2号**対象者(⇒3 ページ)は必ず『予防接種要注意者』に該当します。

4 他の予防接種を受けている場合の接種間隔

- (1) 定期接種実施要領の改正に伴い、令和2年10月1日から接種間隔が一部緩和されました。注射の生ワクチン間のみ接種してから27日以上あけることとし、その他のワクチンについては制限がなくなりました。
- (2) インフルエンザワクチン及び高齢者肺炎球菌ワクチンは不活化ワクチンのため、次の予防接種までの日数の制限はありません。



※新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

IV 予防接種の副反応

1 予防接種後の反応

- (1) 予防接種後、一定の期間に種々の身体的反応や疾病がみられることがあります。異常な反応を疑う症状がみられた場合、これを健康被害と呼んでいます。健康被害の起きる要因としては、予防接種そのものによる副反応の場合のほか、偶発的に発症又は発見された疾病が混入することがあります(紛れ込み事故)。
- (2) 副反応の防止と、紛れ込み事故を除外するためには、予防接種前に既往疾患を発見しておくことが重要です。このため接種前の体温測定、予診や予診票による健康状態のチェックが行われています。
- (3) ワクチンの改良が進んだ今日でも、また予診を十分に行っても、予知できない重篤な副反応や後遺症はまれに起こりえます。関係者は副反応とその対策に関する知識を持つとともに、副反応に関する情報と接種後24時間以内の健康状態の変化、特にワクチン接種後30分以内の急激な健康状態の変化には注意を要することを被接種者にも十分に説明をしてください。通常起こりうる副反応及びまれに生じる重い副反応についても理解した上で、自らの意思で接種希望の場合に限り接種を行うため、予防接種の実施に関して文書(予診票)により接種の同意を得ておくことが必要です。

2 インフルエンザHAワクチンの副反応

- (1) 重大な副反応
まれにショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫等)があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じます。その他、ギランバレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作等があらわれる報告があります。
- (2) その他の副反応
 - ① 過敏症
まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒等があらわれることがあります。
 - ② 全身症状
発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常2～3日中に消失します。
 - ③ 局所症状
発赤、腫脹、疼痛等を認めることがありますが、通常2～3日中に消失します。

3 予防接種後副反応疑い報告制度

予防接種による健康被害又はその疑いのある患者を診察した場合、医師等は次の各事項に注意してください。

- (1) 患者又は家族から詳しく問診し、既往疾患を確実に記載します。
- (2) 主要症状については確実に把握し、詳細に記載します。
- (3) 定期予防接種による副反応で、『予防接種後副反応疑い報告書報告基準』(⇒18ページ)に該当する臨床症状を医師が診断した場合は、直ちに『予防接種後副反応疑い報告書』(⇒17ページ)を用いて直接、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(Fax 0120-176-146)へ報告して下さい。また、**被接種者の住民登録地の市町村(予防接種担当課)にも連絡して下さい。**なお、健康被害者の個人情報の取扱いには十分注意してください。
- (4) 前項(3)による報告に当たっては、『予防接種後副反応疑い報告書』が独立行政法人医薬品医療機器総合機構に提出されることについて被接種者の同意を得てください。なお、被接種者の同意が得られない場合は、個人情報部分を除いて報告してください。
- (5) 本制度は、予防接種との因果関係の有無に関係なく予防接種後に健康状況の変化をきたした症例について報告を行うものであり、これらの症例の中には、予防接種によって引き起こされた反応だけでなく、予防接種との関連性が考えられない偶発事象等も含まれているため、『予防接種健康被害救済制度』(⇒20ページ)と直接結びつくものではありません。
- (6) 法に基づくインフルエンザ定期接種後の副反応疑い報告基準に該当する事項は次のとおりです。

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	4時間
(2) 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	28日
(3) 脳炎・脳症	28日
(4) けいれん	7日
(5) 脊髄炎	28日
(6) ギラン・バレー症候群	28日
(7) 視神経炎	28日
(8) 血小板減少性紫斑病	28日
(9) 血管炎	28日
(10) 肝機能障害	28日
(11) ネフローゼ症候群	28日
(12) 喘息発作	28日
(13) 間質性肺炎	24時間
(14) 皮膚粘膜眼底症候群	28日
(15) 急性汎発性発疹症膿疱症	28日
(13) その他	

〈注1〉 表に定めるものの他、予防接種後の状況が次に該当すると判断されるものは報告してください。

- (1) 死亡したもの (2) 臨床症状の重篤なもの (3) 後遺症を残す可能性のあるもの

〈注2〉アナフィラキシーを疑う患者の場合は、血管迷走神経反射との鑑別をするため、じんましん(局所を含む)の有無の他、浮腫等の血管透過性亢進による症状や呼吸困難等の呼吸器症状の有無等疾患特有の症状を確認すること

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)	性別	1 男 2 女	接種時 年齢
	住所	都 道 区 市 府 県 町 村	生年月日	T H S R	歳 月 日生
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()			
	医療機関名	電話番号			
	住所				
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 (②~④は、同時接種したものを記載)	ロット番号	製造販売業者名	接種回数	
	①			① 第 期(回目)	
	②			② 第 期(回目)	
	③			③ 第 期(回目)	
	④			④ 第 期(回目)	
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)	
	接種前の体温	度 分	家族歴		
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
	1 有				
	2 無				
症 状 の 概 要	症 状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)			
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分			
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無	1 有	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無		
	○製造販売業者への情報提供: 1 有 2 無				
症 状 の 程 度	1 重い	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 (病院名: 医師名: 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院)			
	2 重くない	6 上記1~5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常			
症 状 の 転 帰	転帰日	平成・令和 年 月 日			
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明				
報告者意見					
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後				

対象疾病	症 状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー	4時間	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	2 脳炎・脳症	28日	
	3 けいれん	7日	
	4 血小板減少性紫斑病	28日	
	5 その他の反応	—	
麻しん 風しん	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	21日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	
日本脳炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	
結核 (BCG)	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 全身播種性BCG感染症	1年	
	3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	2年	
	4 皮膚結核様病変	3か月	
	5 化膿性リンパ節炎	4か月	
	6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—	
	7 その他の反応	—	
Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 けいれん	7日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 その他の反応	—	
ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 ギラン・バレー症候群	28日	
	4 血小板減少性紫斑病	28日	
	5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分	
	6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	—	
	7 その他の反応	—	
水痘	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 血小板減少性紫斑病	28日	
	3 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの)	—	
	4 その他の反応	—	
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 多発性硬化症	28日	
	4 脊髄炎	28日	
	5 ギラン・バレー症候群	28日	
	6 視神経炎	28日	
	7 末梢神経障害	28日	
	8 その他の反応	—	
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 腸重積症	21日	
	3 その他の反応	—	
インフルエンザ	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 脊髄炎	28日	
	6 ギラン・バレー症候群	28日	
	7 視神経炎	28日	
	8 血小板減少性紫斑病	28日	
	9 血管炎	28日	
	10 肝機能障害	28日	
	11 ネフローゼ症候群	28日	
	12 喘息発作	24時間	
	13 間質性肺炎	28日	
	14 皮膚粘膜眼症候群	28日	
	15 急性汎発性発疹性膿疱症	28日	
	16 その他の反応	—	
高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 ギラン・バレー症候群	28日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日	
	5 蜂巣炎 (これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。)	7日	
	6 その他の反応	—	
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 血栓症 (血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。)	28日	
	3 心筋炎	28日	
	4 心膜炎	28日	
	5 熱性けいれん	7日	
	6 その他の反応	—	

報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)

(別紙様式1)

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発症までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
11. 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
12. 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただかなくて結構です。
13. ヒトパピローウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合がありますため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。
 - けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレ症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
 - また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
 - なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)

4 予防接種健康被害救済制度

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避免的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。

(1) 予防接種法による救済措置(公的補償制度)

予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が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、市町村により給付が行われます。申請に必要な手続き等については、予防接種を受けられた時に住民票を登録していた市町村に相談ください。

(2) B 類疾病の定期接種(※請求期限あり)の給付の種類

医療費及び医療手当(医療手当のみの請求も可)	予防接種を受けたことによる疾病について受けた医療に要した費用およびその入院通院等に必要な諸経費を支給。(入院を要すると認められる場合に必要程度の医療に限る。)
障害年金	予防接種を受けたことにより政令別表第2に定める程度の障害の状態にある18歳以上の者に支給。(3級はなし。)
遺族年金	予防接種を受けたことにより死亡した者が生計維持者の場合にその遺族に支給。
遺族一時金	予防接種を受けたことにより死亡した者の配偶者又は同一生計の遺族に支給。
葬祭料	予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に支給。

※B 類疾病の請求期限

医療費: 当該医療費の支給の対象となる費用の支払が行われた時から5年。

医療手当: 医療が行われた日の属する月の翌月の初日から5年。

遺族年金、遺族一時金、葬祭料: 死亡の時から5年。ただし、医療費、医療手当又は障害年金の支給の決定があった場合には2年。

(3) 医薬品医療機器総合機構法による救済制度

定期予防接種の対象者要件に該当しない者が受けて健康被害を生じた場合(任意接種に該当)は、『独立行政法人医薬品医療機器総合機構法』による救済制度の対象となります。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話 0120-149-931

V 国保連合会への請求事務

1 予防接種委託料の内容

予防接種法に基づく定期予防接種を実施する市町村は、高知県広域化予防接種委託契約により、予防接種事業を契約医療機関に委託しています。

したがって、委託医療機関は、予防接種の実施に要した経費等については、委託料として被接種者の住民登録地の市町村に請求することができます。

令和6年度のインフルエンザ予防接種委託料の費目・金額(1人当たりの単価)については、次表のとおりです。

	費目	金額
1	接種者(自己負担 有)	3,434 円
2	接種者(自己負担 無)	4,534 円
3	接種不能者	1,875 円

- (1) 1 接種者(自己負担 有) 3,434 円

予防接種を受けて、自己負担金1,100円を支払った者1人に対する委託料です。

- (2) 2 接種者(自己負担 無) 4,534 円

予防接種を受けて、自己負担金1,100円を免除された者(自己負担金免除証明書を提出した者)1人に対する委託料です。

- (3) 3 接種不能者 1,875 円

診察等の結果、予防接種を受けることができなかった者に対する委託料です。

診察前の体温が37.5℃以上の者、今年度に公費負担によりインフルエンザ予防接種を受けた者は請求できません。

- (4) 委託料についての注意事項

委託料は、対象者要件の1号又は2号(⇒3ページ)にかかわらず、①自己負担金を徴収した者、②自己負担金を免除した者、③診察の結果、接種不可だった者等の3区分に応じて請求することになるので注意してください。

2 予防接種委託料の請求

- (1) 保険診療等のレセプトと同様、高知県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に請求書(予診票)を提出します。

- (2) 具体的には、医療機関記入欄(予診票の表面下)に必要事項を記入し、月末締めで翌月10日までに国保連合会に請求書を提出します。

3 請求書の記入の仕方

予診票の表面の下欄、医療機関記入欄が請求書になっています。

医療機関記入欄	1 市町村番号 (裏面の※参照)		3 請求番号 (該当する番号に○印を付してください)		4 医療機関の所在地・名称	
	8039					
	医療機関コード (7桁)		1	自己負担あり		
	2		2	自己負担なし(免除証明書添付)		
			3	接種不能者		
使用ワクチン	接種量等	実施結果		実施場所・接種医氏名・接種年月日(接種不可は診断年月日)		
メーカー名 Lot No.	皮下接種 0.5ml	1 接種 2 接種せず		実施場所 接種医氏名 接種年月日 令和 年 月 日		

- ① 請求先(被接種者の住民登録されている市町村)の市町村コードを、裏面の※インフルエンザの市町村番号一覧を参照し、記入してください。
- ② 国保連合会に登録している医療機関コードを記入してください。
- ③ 請求内容(⇒21 ページ)に応じて、請求番号に○印を付してください。請求番号で請求金額を判断しますので、請求金額の記入は不用です。
- ④ 医療機関の所在地・名称をご記入ください。
- ⑤ 自己負担金免除書類は、予診票の裏面の所定欄に添付してください。予診票裏面の3箇所の位置をホッチキス止めしてください。

4 請求書の過誤返戻

請求のあった請求書(予診票)は審査した上で、次の(1)~(5)のようなケースに該当すれば返却されません。事前に慎重に点検・確認してから請求するようにしてください。

また、過誤返戻は、国保連合会から直接返却されるものもあれば、市町村から国保連合会を通じて返却されるものもあります。

(1) 予診票の不備

住所・氏名・生年月日等の記入欄、医師診断欄、予防接種希望書欄及び医療機関記入欄に不備があった場合。特に、予防接種希望書欄については注意してください。

(2) 対象外接種

対象者の要件に該当しない者に接種した場合など。この場合、当該予防接種は任意接種となり、委託料の支払いはできません。

(3) 市町村名等の誤り

被接種者の住民票のない市町村に委託料を請求した場合。

予診票に記載された住所は、住民票のある住所か必ず確認してください。

(4) 請求額誤り

請求内容を誤って請求した場合。

(5) その他

既に実施期間内にインフルエンザ定期予防接種を受けていた場合など。

参考資料① 令和6年(2024年)年齢早見表

西暦	年号	年齢
1921	10	103
1922	11	102
1923	12	101
1924	13	100
1925	14	99
1926	大正 15 昭和元	98
1927	2	97
1928	3	96
1929	4	95
1930	5	94
1931	6	93
1932	7	92
1933	8	91
1934	9	90
1935	10	89
1936	11	88
1937	12	87
1938	13	86
1939	14	85
1940	15	84
1941	16	83
1942	17	82
西暦	和暦	年齢

西暦	年号	年齢
1943	18	81
1944	19	80
1945	20	79
1946	21	78
1947	22	77
1948	23	76
1949	24	75
1950	25	74
1951	26	73
1952	27	72
1953	28	71
1954	29	70
1955	30	69
1956	31	68
1957	32	67
1958	33	66
1959	34	65
1960	35	64
1961	36	63
1962	37	62
1963	38	61
1964	39	60
西暦	和暦	年齢

(注)年齢は誕生日以後の満年齢です。誕生日までの年齢は上表の年齢より1を引いてください。

参考資料② 年齢の考え方について

予防接種法に基づく定期の予防接種で対象者の年齢を確認する際、年齢の考え方については、従来、社会通念上の年齢加算を用いていましたが、平成19年4月1日から社会通念上の考え方ではなく、法律上の年齢加算を適用することに改めています。

旧	社会通念上の年齢加算	誕生日当日に年齢が加算される。
↓		
新	法律上の年齢加算	年齢計算に関する法律及び民法第143条の規定により、誕生日の前日に年齢が加算される。

【具体例】

1号対象者(⇒3ページ)の場合

(始期)

11月6日が65歳の誕生日である場合、その前日の11月5日に年齢加算されるので、11月5日からインフルエンザ定期予防接種を受けることができます。

2号対象者(⇒3ページ)の場合

(始期)

12月18日が60歳の誕生日である場合、その前日の12月17日に年齢加算されるので、12月17日からインフルエンザ定期予防接種を受けることができます。

(終期)

65歳の誕生日の前々日まで。65歳の誕生日の前日に年齢加算されるので、その日からは1号対象者に切り替わります。

参考資料③ 請求事務に係る市町村コード一覧表

(注)下4桁を掲載しています。上4桁の『8039』は共通です。

	市町村名	市町村番号
市部 (11)	高知市	0013
	室戸市	0021
	安芸市	0039
	南国市	0047
	土佐市	0054
	須崎市	0062
	土佐清水市	0088
	宿毛市	0096
	四万十市	0104
	香南市	0112
	香美市	0120
安芸郡 (7)	東洋町	0203
	中芸広域連合 ・奈半利町 ・田野町 ・安田町 ・北川村 ・馬路村	8784
	芸西村	0260

	市町村名	市町村番号
土佐郡 (2)	大川村	0419
	土佐町	0427
長岡郡 (2)	本山町	0500
	大豊町	0518
吾川郡 (2)	いの町	1003
	仁淀川町	1029
高岡郡 (7)	佐川町	0708
	越知町	0716
	中土佐町	0724
	日高村	0740
	橋原町	0799
	津野町	1011
	四万十町	1037
幡多郡 (3)	大月町	0831
	三原村	0864
	黒潮町	1045

参考資料④ 2号対象者の障害の程度 判断基準

(心臓, 腎臓, 呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能)

心臓機能障害

(1) 次のいずれか2つ以上の所見があり, かつ, 安静時又は自己の身の辺の日常生活でも心不全症状, 狭心症症状又は繰返しアダムスストークス発作が起こるもの。

- ① 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- ② 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- ③ 心電図で脚ブロック所見があるもの
- ④ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- ⑤ 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- ⑥ 心電図で心房細動又は粗動所見があり, 心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- ⑦ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- ⑧ 心電図で第Ⅰ誘導, 第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただし V1を除く)のいずれかのTが逆転した所見があるもの

(2) 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植, 弁置換を行ったもの

腎臓機能障害

腎臓機能検査において, 内因性クレアチンクリアランス値が10mL/分未満, 又は血清クレアチン濃度が8.0mg/dL以上であって, かつ, 自己の身の辺の日常生活活動が著しく制限されるか, 又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

呼吸器機能障害

予測肺活量1秒率, 動脈血ガス及び医師の臨床所見により, 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの, 呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの, 予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。

予測肺活量1秒率とは, 1秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量)の予測肺活量(性別, 年齢, 身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(1) CD4陽性Tリンパ球数が200/ μ L以下で、次の項目(①~⑫)のうち6項目以上が認められるもの。

- ① 白血球について3,000/ μ L未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- ② Hb量について男性12g/dL未満、女性11g/dL未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- ③ 血小板数について10万/ μ L未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- ④ ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/mL以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- ⑤ 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。
- ⑥ 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
- ⑦ 月に7日以上の上の不定の発熱(38°C以上)が2ヵ月以上続く。
- ⑧ 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある。
- ⑨ 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。
- ⑩ 口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある。
- ⑪ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
- ⑫ 軽作業を超える作業の回避が必要である。

(2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの^(注)

(注) 接種に当たっては、HIV感染の治療にあたる主治医の意見を十分に聞いたうえで、本人への説明をつくして意思を確認し、接種の可否を慎重に決定する。

平成13年11月7日健発第1058号厚生労働省健康局長通知
「予防接種法の一部を改正する法律等の施行について」より抜粋

参考資料⑤ 自己負担金免除の証明書発行について

①	香美市に住民登録している。	香美市から生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している。	<p>香美市福祉事務所 保護班 本庁2F 5番窓口 (Tel0887-53-1064)</p> <p>香美市香北支所市民生活班 (Tel0887-52-9285)</p> <p>香美市物部支所市民生活班 (Tel0887-52-9288)</p> <p>【手続き】 福祉事務所に申請し、生活保護等受給証明書の交付を受ける。</p>
②		香美市以外の福祉事務所から生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している。	<p>香美市健康推進課 親子すこやか班 本庁2F 8番窓口 (Tel0887-52-9281)</p> <p>【手続き】 当該福祉事務所で生活保護受給証明書を発行してもらい、香美市健康推進課親子すこやか班で、自己負担金免除証明交付申請書を記載の上、自己負担金免除証明書の交付を受ける。</p>
③	香美市以外の県内市町村に住民登録している。	香美市から生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している。	<p><u>住民登録地の市町村で発行</u></p> <p>【手続き】 香美市福祉事務所 保護班で (Tel0887-53-1064) で生活保護等受給証明書を発行してもらい、当該市町村に提出し、所要の手続きを行う。</p>
④		香美市以外の福祉事務所から生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している。	自己負担金免除証明書の発行機関や手続き方法等について、 <u>住民登録地の市町村の予防接種担当課に問い合わせてください。</u>

※上表②の場合の自己負担金免除証明交付申請書の様式は、香美市健康推進課、香美市香北支所及び物部支所に置いてあります。

「インフルエンザ定期予防接種」を希望される方へ

※「定期予防接種」とは、法律に基づき市町村が実施する予防接種です。

1 予防接種を受けるにあたって

- (1) この説明書をよく読んで、インフルエンザ予防接種の効果、副反応及び健康被害救済制度などについて理解しておきましょう。
- (2) 気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に医師や看護師に質問し、説明を聞き、十分に納得した上で接種を受けるか否か判断してください。
- (3) インフルエンザの定期予防接種は受けなければならないという法的な義務はなく、あくまで対象者であるご本人が希望する場合にのみ接種できるものです。ご本人の意思が最終的に確認できなかった場合は、定期予防接種を受けることはできません。

2 インフルエンザ予防接種の効果

- (1) インフルエンザの予防接種は、感染を完全に阻止する効果はありませんが、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化を予防することに関して一定の効果があるとされています。
- (2) 予防接種が十分な効果を維持する期間は接種後約2週間後から約5か月といわれています。過去の発生状況から、より有効性を高めるために一般的には10月から12月中旬までの間に接種しましょう。
- (3) 一般的に65歳以上の方は、ウイルスの型に大きな変異がない限り、1シーズン1回の予防接種で効果があるとされています。

3 予防接種を受けることができない方

- (1) 接種当日、体温が37.5℃以上の方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
(急性の病気で薬を飲む必要のあるような人が、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もありますので、その日は予防接種を見合わせるのが原則です)
- (3) インフルエンザ予防接種の接種液に含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことのある方
(「アナフィラキシー」というのは、通常、接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐(おうと)、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です)
- (4) 前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを思わせる異常がみられた方
※医師の判断により接種できる場合がありますので、医師にご相談ください。
- (5) その他、医師が不適当な状態と判断した場合
(明らかに上の(1)～(4)に該当しなくても、医師が(1)～(4)に該当する疑いがあると判断したとき、その他接種不適当と判断したときは予防接種を受けることはできません)

裏面につづく

4 予防接種を受ける際に担当医師とよく相談しなくてはならない方

- (1) 心臓、腎臓、肝臓等に基礎疾患を有する方
- (2) 過去にけいれんの既往のある方
- (3) 過去に免疫不全の診断がされている方
- (4) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する方
- (5) 卵アレルギーが明確な方

5 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種を受けた後、まれに副反応が起こることがあります。
また、予防接種をした後に、ほかの病気が、たまたま重なって現れることがあります。

- (1) 重大な副反応
まれにショック、アナフィラキシー（じんましん・呼吸困難・血管浮腫等）があらわれることがあります。（そのほとんどは接種後30分以内に起こります。）
その他、ギラン・バレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎、脳炎、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作等の報告があります。
- (2) その他の副反応
まれに接種直後から数日中に、発熱、頭痛、倦怠感、発疹、じんましん等があらわれることがありますが、通常2～3日中に消失します。
また、接種部位の発赤、腫れ、痛み、痒みを認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。

6 予防接種を受けた後の一般的な注意事項

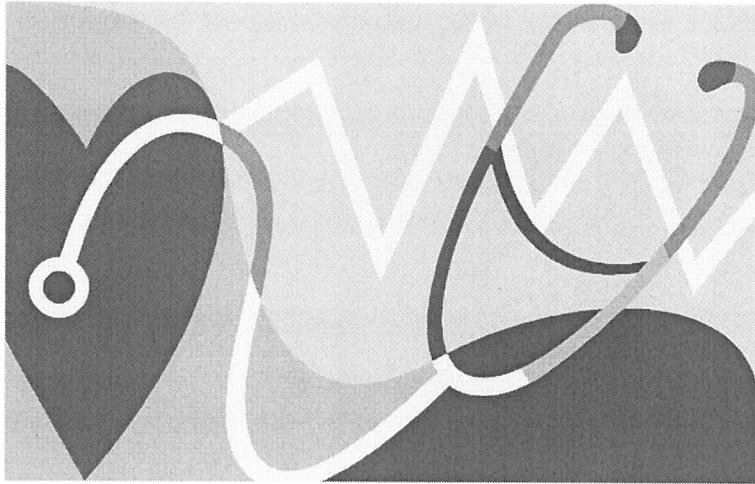
- (1) 予防接種を受けた後、30分間は、急な副反応（アナフィラキシー）が起こることがあります。
発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です
医師（接種医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- (2) ワクチン接種後、24時間は健康状態に注意してください。
接種部位の異常反応や体調変化がある場合は速やかに医師（接種医療機関）の診察を受けてください。
- (3) 接種後1時間を経過すれば入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすことはやめましょう。
- (4) 接種当日は、いつも通りの生活をしてもかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

7 予防接種健康被害救済制度

インフルエンザ定期予防接種によって起こった副反応により、医療機関での治療が必要となったり、生活に支障がでるような障害が残るなどの健康被害を生じた場合には、予防接種法に基づく救済措置を受けることができます。ただし、厚生労働大臣によって予防接種と健康被害との因果関係について認定される必要があります。

※インフルエンザ定期接種についての、ご質問は住民票のある市町村の担当課にお問い合わせください。

問い合わせ先：香美市役所 健康推進課 親子すこやか班（本庁舎2階）
TEL 0887-52-9281



香美市健康推進課

親子すこやか班 インフルエンザ予防接種担当

電話 0887-52-9281

FAX 0887-53-1094

〒782-8501

香美市土佐山田町宝町1丁目2番1号