

H18. 9. 20 作成

R 8. 10. 1 改定

佐賀県高齢者インフルエンザ及び 新型コロナウイルス感染症 予防接種広域化 Q & A（医療機関向け）

（接種対象について）

Q 1：対象となる市町は

A 1：平成 19 年度から県内全市町が広域化に参加しています。

Q 2：公費負担予防接種の対象は

A 2：対象は① 65 歳以上の者、② 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（身体障害者手帳 1 級程度）です。

Q 3：対象者の確認について

A 3：医療機関受付時に住所、氏名、年齢、今年度初回であるか等、マイナンバーカード、健康保険証、高齢受給者証、後期高齢者医療被保険者証、身体障害者手帳、予診票等で確認してください。

（委託料について）

Q 4：委託料の額について

A 4：接種料金（委託料）は、各市町により異なりますので、被接種者の居住する市町の設定した額を、委託料単価表に従い請求します。

Q 5：委託料の請求について

A 5：実施医療機関は、接種料の請求を毎月 10 日までに佐賀県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」とする）に行います。なお、請求の際には、別紙様式 2-2、2-4「予防接種実施報告書」と予診票様式第 1-8「インフルエンザ予防接種予診票」、第 1-23「新型コロナウイルス感染症予防接種予診票」を市町毎に取りまとめて国保連合会へ送付します。

Q 6：医療機関窓口での自己負担額の徴収について

A 6：高齢者インフルエンザ及び、新型コロナウイルス感染症の予防接種の場合、被接種者の居住する市町が設定した委託料単価表に従い、自己負担額を窓口で徴収します。

なお、生活保護世帯及び中国残留邦人支援給付世帯については、医療機関の窓口で被接種者から自己負担額を徴収する必要はありません。委託料単価表を確認の上、国保連合会に請求してください。

Q 7：接種不可者の委託料の請求について

A 7：市町によっては、接種不可者の委託料が設定されています。被接種者が当該市町に居住する場合は接種不可者の委託料を請求できます。

ただし、医師が診察の結果、接種を見合わせた場合を接種不可者とし、医師の診察なしに予診票、検温等により接種を見合わせた場合は接種不可には該当しません。また、当日体調不良のため診療等を行い、診療報酬を請求した場合も、接種不可者としての委託料の請求はできません。

※接種不可者に該当しない場合は、予診票の提出は必要ありません。

Q 8 : 委託料に変更が生じた場合は

A 8 : 本制度は実施期間途中での委託料の変更はありません。

(実施報告書について)

Q 9 : 実施報告書とは

A 9 : 請求の際に予防接種番号と予防接種名、委託料単価（各市町異なる）、接種区分毎の件数及び金額を記入して、予診票を添付の上、国保連合会に提出してください。

※インフルエンザ予防接種は番号「8」、新型コロナウイルス感染症予防接種は番号「23」となっています。

Q 10 : 実施報告書の入手方法は

A 10 : 実施報告書（様式 2-1）については県医師会から様式を送付します。また、佐賀県医師会のホームページ及び佐賀県ホームページからダウンロードできます。

(予診票について)

Q 11 : 予診票は各市町で異なるのか

A 11 : 広域化に伴い予診票（様式第 1-8、23）を統一しています。

Q 12 : 質問事項の中に「今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。」とありますが、被接種者が受けてよいかを主治医に確認されていない場合どうするのか

A 12 : 「いいえ」を選んでいただき、「医師記入欄」に「聞いていない」とのコメントを加えてください。

Q 13 : 質問事項の最後に「今日の予防接種について質問がありますか」に「はい、いいえ」の記入がないときはどうするのか

A 13 : 回答欄に記入がない場合は被接種者に確認していただき、記入をお願いします。記入できない理由がある場合等は医師記入欄にご記入ください。

※他の回答欄についても未記入の場合は同様の取扱いをお願いします。

(被接種者自署について)

Q 14 : 本人の意思が全く確認できない場合、「被接種者サイン」の代筆は医療従事者や施設職員に認められるのか

A 14 : 認められません。

Q 1 5 : 本人の意思確認がしにくい場合や本人の意思は確認できるが、肉体的事情等で自署ができない場合は、誰が自署するのか

A 1 5 : 本人の意思が確認しにくい場合は、ご家族やかかりつけ医等（成年後見人を含む）の協力を得て必ず本人の意思確認を行ってください。意思は確認できるものの、肉体的事情等で自署ができない場合には、改めて意思確認を行った上で、家族等（成年後見人を含む）による代筆を行っていただくなど、適切な運用に努めてください。その際は、接種対象者から代筆の委任を受けた者の名前と続柄を「代筆者自署欄」及び「続柄欄」へ自署し、当該接種対象者の氏名は割愛します。

Q 1 6 : 予診票はどのように綴じて国保連へ送ったらよいのか

A 1 6 : 診療報酬の支払請求と同様に、左綴じにして、後ろには厚紙をつけてください。

Q 1 7 : 予診票はどのように配布するのか

A 1 7 : 従来どおり市町から配布します。

（接種済証について）

Q 1 8 : 県内他市町の被接種者への予防接種済証の交付について

A 1 8 : 予防接種を行った者（市町長）は、予防接種法施行規則第 4 条により予防接種を受けた者に対し、接種済証を発行することと規定されています。被接種者が、居住する市町長の公印押印済みの接種済証用紙を持参した場合は、接種医が接種記録を記載し被接種者に交付するとともに、予診票の右下の「接種済証交付のチェック欄」に「○」記入してください。

Q 1 9 : 接種済証を持参せずに接種を希望された場合は、接種済証の交付はどうするのか

A 1 9 : 予診票が市町に届いた時点で確認をして、接種済証を被接種者に渡しますので、予診票の右下の「接種済証交付のチェック欄」は記入せずに、国保連合会へ提出してください。

（副反応、健康被害、間違い事故について）

Q 2 0 : 予防接種後の副反応の報告はどこに提出するのか

A 2 0 : 接種医は、以下の別表の報告基準に該当する副反応を診断した場合に、被接種者の同意を得て、所定の様式（様式集「予防接種後副反応疑い報告書」、若しくは厚生労働省ホームページよりダウンロード、又は国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した様式）にて直接（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ F A X（F A X 番号 0120-176-146）又は電子報告システム（URL : <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて報告してください。市町に重ねて報告する必要はありません。また、この報告は、厚生労働省において医薬品、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 6 8 条の 1 0 第 2 項の規定による報告としての取り扱いとなりますので、厚生労働省に重ねて報告する必要はありません。

【別表】高齢者インフルエンザ副反応報告基準

症 状	発生までの時間
アナフィラキシー	4 時間
肝機能障害	2 8 日
間質性肺炎	2 8 日
急性散在性脳脊髄炎（A D E M）	2 8 日
ギラン・バレ症候群	2 8 日
けいれん	7 日
血管炎	2 8 日
血小板減少性紫斑病	2 8 日
視神経炎	2 8 日
脊髄炎	2 8 日
喘息発作	2 4 時間
ネフローゼ症候群	2 8 日
脳炎・脳症	2 8 日
皮膚粘膜眼症候群	2 8 日
急性汎発性発疹性膿疱症	2 8 日
その他医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの	予防接種との関連性が高いと医師が認める期間

【別表】新型コロナウイルス感染症副反応報告基準

症 状	発生までの時間
アナフィラキシー	4 時間
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。）	2 8 日
心筋炎	2 8 日
心膜炎	2 8 日
熱性けいれん	7 日
その他医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの	予防接種との関連性が高いと医師が認める期間

Q 2 1 : 予防接種後健康被害の報告・間違い事故報告はどこに提出するのか

A 2 1 : 速やかに被接種者の居住する市町へ報告し、その後の対応を協議してください。
また郡市医師会にも報告してください。

※健康被害とは、予防接種を受けた者が、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合等を言う。

※間違い事故とは、誤った用法用量でワクチンを接種した場合、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合、接種間隔を誤って接種した場合等を言う。

(その他)

Q 2 2 : 公費負担による予防接種期間は

A 2 2 : 【広域化による実施期間】

高齢者インフルエンザ：１０月１日から１月３１日

新型コロナウイルス感染症：１０月１日から３月３１日
の期間としています。

Q 2 3 : 使用するワクチンは

A 2 3 : 高齢者インフルエンザ予防接種では、ワクチンの指定はありません。

新型コロナワクチンは、審議会の推奨事項に対応するワクチンとして薬事承認を受けたものとなっています。

Q 2 4 : 予診票及び実施報告書に記入する市町番号はどの番号を記入するのか。

A 2 4 : 委託料単価表の左端の番号を記入してください。診療報酬請求明細書に記入する市町番号とは異なりますのでご注意ください。

Q 2 5 : 医師記入欄の医師の署名について

A 2 5 : 予防接種ガイドラインに記載されているとおり直筆で行うようにし、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行うようにしてください。

Q 2 6 : 予防接種業務委託料の請求について

A 2 6 : 「令和８年度予防接種広域化接種委託料単価表」に示す公費負担額（接種不可と判断した場合は接種不可者の額）を国保連合会経由で市町に請求してください。また、生活保護世帯の者は、自己負担額も免除となります。

Q 2 7 : 接種の場所について

A 2 7 : 接種を希望する者が寝たきり等の理由から、医療機関で行う個別接種が困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、接種を希望する者が生活の根拠を有する自宅や入院施設等において実施しても差し支えありません。

（同時接種について）

Q 2 8：新型コロナワクチンと他のワクチン（インフルエンザや肺炎球菌ワクチン等）は同時に接種可能か。また接種間隔を空ける必要があるか。

A 2 8：同時接種は医師が特に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。