



港区带状疱疹ワクチン任意接種助成事業 実施の手引き

令和 6 年 4 月

みなと保健所保健予防課

1. 港区带状疱疹ワクチン任意接種助成事業について

(1) 事業の概要

コロナ禍による心身のストレスから免疫力が低下して带状疱疹を発症する人が増加していることから、発症を予防して区民の健康増進をはかり医療費を抑制するとともに、区民の負担を軽減するため、50 歳以上の区民に対して、带状疱疹ワクチン任意予防接種費用の一部を保険給付に準じて助成します。

(2) 対象者

接種日現在、50 歳以上の港区民で、接種を希望する者

(3) 助成額

- ① 生ワクチン 6,500 円 ※生活保護受給者等 8,800 円
- ② 不活化ワクチン 1 回あたり 15,000 円 ※生活保護受給者等 1 回あたり 22,000 円

(4) 助成回数

- ① 生ワクチン 1回
- ② 不活化ワクチン 2回まで

(5) 接種ワクチン

- ① 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 販売名:ピケン
- ② 不活化ワクチン(乾燥組換え带状疱疹ワクチン) 販売名:シングリックス

(6) 実施方法

- ① 港区医師会と業務委託契約を締結、実施協力の意向確認に応じた医療機関で実施します。
- ② 実施協力に応じた医療機関の一覧を作成し、接種希望者及びホームページ等にて公表します。
- ③ ワクチンを指定して区に助成を申請した接種希望者が、助成金額が記載された予診票を持参したら接種を実施し、医療機関が設定する接種費用と助成額との差額を接種希望者にご請求ください。
- ④ 翌月の指定日までに、「港区任意予防接種助成事業実施報告書」に請求用の予診票を添えて、医師会にご提出ください。

(7) 実施期間

令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日(通年で実施)

(8) 医療機関への支払い額(業務委託料)

委託料は、任意接種単価表をご確認ください。

(9) 実施にあたって

- ① 「予防接種予診票」については、事前の申請によって保健所が発行します。区が発行した予診票を持参された方のみが助成を受けられます。予診票については、お申し込み後2週間を目途に被接種者へ送付しております。予診票が、届いてから医療機関に予約を入れるようご案内をお願いします。
- ② 生ワクチン接種を希望される方には、区ホームページやお電話で既往症や注意事項等を説明した上で予診票を発行しております。しかし、自己判断で生ワクチンを希望される方もいるため、医療機関に問い合わせが入った際には、改めて生ワクチンが接種可能かをご確認ください。
- ③ 予診票の接種時間については、可能な限りご記入願います。
- ④ 予防接種後に費用を請求できる償還払い制度はありません。
- ⑤ 本事業は、港区独自の事業となります。住民票が港区にある方（港区民）の助成制度です。
- ⑥ 港区民以外の方が、ワクチン接種を受けに来院された場合は、自己負担となります。予診票取得後に引越し等で区外へ転出した場合は予診票を持っていても助成の対象となりません。
- ⑦ 予診票の有効期限は設定しておりません。
- ⑧ 予診のみの請求はありません。
- ⑨ 予診票は、2枚複写（請求用・医療機関控）になっています。本人の予診票控えはありませんので、ワクチンメーカー等が用意している予防接種記録票をご利用ください。

(10) 事業の流れ

助成の申請	<ul style="list-style-type: none">・ 接種を希望する区民は、みなと保健所保健予防課の带状疱疹ワクチンコールセンター(03-6400-0094)へ電話で申し込むか、区ホームページから「港区带状疱疹ワクチン任意接種助成申請」を電子申請する・ 申請者宛てに希望するワクチンの「予診票」「お知らせ」「港区带状疱疹ワクチン任意接種実施医療機関名簿」を送付する・ 接種に当たっては、原則として医療機関を予約の上、「予診票」「健康保険証、運転免許等の本人確認資料」を持参する
予防接種の実施	<ul style="list-style-type: none">・ (受付)・ 問診予診票の記載、体温確認・ 問診・ワクチンについての説明・予防接種実施に際しての説明等・ ワクチンの接種・ 予診票医師記入欄の記載・自署・ 予防接種記録票(ワクチンメーカー等が用意しているもの)の交付・ 接種費用と助成額の差額を徴収
事業実施報告・請求	<ul style="list-style-type: none">・ 毎月 <u>8日</u>までに前月実施した予防接種を取りまとめ、港区医師会を經由し、みなと保健所へ報告
業務委託料の支払い	<ul style="list-style-type: none">・ 区は、港区医師会から報告提出のあった「予診票」を点検し、業務委託料を実施数にもとづき各医療機関へ支払う

2. 予防接種について

(1) 当日の受付

予防接種希望者には、来院する際の必要書類を次のとおりとしております。

- ・予防接種予診票(生ワクチン、不活化ワクチン用の2種)
- ・健康保険証又は免許証等(港区民であることがわかる物)

本事業の助成対象(接種日時点で50歳以上の区民)であること、予約していた場合は予約ワクチンと同一であることを確認してください。

- ① 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 予診票 赤枠
- ② 不活化ワクチン(乾燥組換え带状疱疹ワクチン)予診票 紺枠

(2) 問診・ワクチン接種の事前説明

予防接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(予防接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、予防接種不適合者または、予防接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいか等を判断するためには、予診票を活用し、十分な問診・説明を行ってください。(生ワクチンの予防接種不適合者または、予防接種要注意者については、14 頁参照)

予防接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能であるかと判定する重要な資料です。

(3) 健康被害制度の説明について

ワクチン接種に当たりましては、副反応の説明と健康被害への対応を説明し、接種を行ってください。

万一、本事業の予防接種により、健康被害(死亡又は障害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成 14 年 12 月 20 日法律第 192 号)及び港区予防接種事故災害補償要領(平成 23 年 4 月 1 日 22 港総綜第 1958 号)の定めによる補償の対象となる場合があります。

(4) ワクチン接種

予防接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害制度などを被接種者へ説明し、予防接種の実施の同意を得てください。

同意した旨の署名を受け、ワクチンにより接種方法が異なりますので、注意して接種を行ってください。

- ① 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 皮下注射 1 回接種
- ② 不活化ワクチン(乾燥組換え带状疱疹ワクチン) 筋肉注射 2 回接種

(5) 予診票への記入及び接種記録票の交付

予診票は、2枚複写(請求用、医療機関控)となっています。ワクチン接種の可否等、「(7) 予防接種予診票の記入について」に沿って医師が記入・署名するとともに、ワクチンメーカー等が用意している接種記録票に記入して予防接種希望者へ渡してください。

(6) 予防接種にかかる費用について

医療機関が設定する接種費用と、予診票に記載された助成額との差額を予防接種希望者にご請求ください。

(7) 予防接種予診票の記入について

① 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 販売名:ピケン の予診票記入の注意

乾燥弱毒生水痘ワクチン接種予診票		港区民のみ	請求用
受ける人の名前			
生年月日	(満 歳) 性別		
※接種希望の方は、太枠内をご記入ください			
質問事項	回答		医師記入欄
診察時の体温	度 分		
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	はい
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい 具体的に ()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい 病名 ()	いいえ	はい
【はいの場合】その病気で治療(投薬など)を受けていますか	はい 薬の名前・種類 ()	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名 ()	いいえ	はい
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名 ()	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種 () 接種日 (月 日)	いいえ	はい
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	はい 予防接種名 ()	いいえ	
これまでに特別な病状(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病状)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい 病名 ()	いいえ	はい
【はいの場合】その病状を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	いいえ	はい	
これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい () 歳頃	いいえ	はい
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 薬・食品名 ()	いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい 予防接種名 ()	いいえ	はい
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい いつ () 理由 ()	いいえ	はい
(女性の方に) 現在、妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	はい
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください			
医師記入欄：以下の事項を、必ずご確認ください。 <input type="checkbox"/> 先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。 例：急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性 <input type="checkbox"/> 薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬の添付文書をご確認ください。 副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)；プレドニゾン等、免疫抑制剤；シクロスポリン(ネオール、サンディミ)、タクロリムス(プログラフィ)、アザチオプリン(イムラン)等、その他免疫抑制作用のある薬剤；抗リウマチ剤、抗悪性			
医師記入欄： 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)		医師の署名又は記名押印	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応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)		本人または代理人の署名	
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」 (販売：田辺三菱製薬株式会社) Lot No.	皮下接種 0.5mL	実施場所： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報(年齢)は予防接種に関する予診票にのみ使用します。			

生ワクチンについては、不適応者の確認をお願いします。

各質問項目を確認し、確認後、 チェック等してください。

太枠内は予防接種希望者が記入します。記入漏れがないか、ご確認ください。

医師の記入欄は、予防接種する医師が、被接種者等との問診等により、接種の可否を判断したかを確認するための重要な項目となっております。接種医名の記入は、接種医「本人の自署」又は、「記名押印」が必要です。

予防接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないよう確認願います。

接種日時の記入漏れがないようご注意ください。

予防接種した「ワクチン名」「Lot No.」「接種量」「接種した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日時間」を記載漏れのないようご注意ください。
「Lot No.」はワクチンシールでも可。

② 不活化ワクチン(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン) 販売名:シングリックス の予診票記入の注意

帯状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)接種予診票		港区民のみ	請求用
受ける人の名前		年 月	
生年月日	(満 歳) 性別		
※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください		※2回目の方は前回接種日もご記入ください	
質問事項	回答	医師記入	
診察時の体温	度 分		
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状 ()	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名 ()	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の影響を受けていますか	はい 病名 ()	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
けいれんを起こしたことがありますか	はい () 歳頃	いいえ	
その時、熱は出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名 ()	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい 予防接種名 ()	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名 ()	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名 () 接種日 (月 日)	いいえ	
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	はい 予防接種名 ()	いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
現在、授乳をしていますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい 具体的に ()	いいえ	
医師記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は〔実施できる・見合わせた方がよい〕と判断します。本人(もしくは代理人)に対して予防接種の効果・副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。		医師の署名又は記名押印	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (はい・いいえ)		本人または代理人の署名	
使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン シングリックス筋注用 (チャイニーズハムスター卵細胞由来) グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号:	筋肉内注射 0.5mL 左・右	実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報 は 予防接種に関する予診にのみ使用します。			

2回目の場合は、1回目との間隔が2か月以上6か月以内であることをご確認ください。
6ヶ月を経過している場合、助成の対象外となりますので、全額自己負担での接種とさせていただきます。

各質問項目を確認し、確認後、 チェック等してください。

太枠内は予防接種希望者が記入します。記入漏れがないか、ご確認ください。

医師の記入欄は、予防接種する医師が、被接種者等との問診等により、接種の可否を判断したかを確認するための重要な項目となっております。接種医名の記入は、接種医「本人の自署」又は、「記名押印」が必要です。

予防接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないよう確認願います。

接種日時の記入漏れがないようご注意ください。

予防接種した「ワクチン名」「Lot No.」「接種量」「接種部位」「接種した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日時間」を記載漏れないようご注意ください。
「Lot No.」はワクチンシールでも可。

3. 実施報告・費用請求について

「予防接種予診票」の1枚目「請求用」を1か月分にとりまとめ、「港区任意予防接種助成事業実施報告書」を添えて、翌月8日までに港区医師会事務局へ提出してください。

その後、港区では、港区医師会から提出された書類を点検し、委託料を貴医療機関の届出口座へ振り込みます。

4. 問い合わせ

本事業に関して不明な点がありましたら、お問い合わせください。

港区みなと保健所 保健予防課保健予防係

住 所 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号

電 話 03-6400-0081

FAX 03-3455-4460

Email hoken02@city.minato.tokyo.jp