

一般社団法人神戸市医師会の契約医療機関における高齢者带状疱疹予防接種実施要領

委託契約にかかる基本的事項

- ・ 予防接種業務の委託について明石市と一般社団法人神戸市医師会（以下「医師会」という。）との間で契約を行う。
- ・ 契約にあたっては、医師会は明石市に、契約医療機関及び当該医療機関が行う予防接種の種類、予防接種を行う医師、予防接種を行う主たる場所を通知する。
- ・ 委託料は、明石市が一般社団法人明石市医師会に委託し、実施する際に要する費用と同額とし、当該金額は契約書において定める。
- ・ 実施に使用するワクチンは、契約医療機関で購入するものとし、当該ワクチン代は委託料に含む。
- ・ 委託料の請求に使用する実施報告書兼委託料請求書（以下「請求書」という。）等の書類の提出や、委託料の支払いは、明石市と契約医療機関の間で直接行う。なお、契約医療機関は、委託料の支払いのため、明石市の債権者として事前に登録することを要する。本市での債権者登録がない場合や登録内容が変更となった場合は、債権者登録申請書（本市ホームページ「申請書ダウンロード>会計室」からダウンロード可）を提出すること。

委託業務の目的

高齢者带状疱疹予防接種を適正かつ円滑に実施し、带状疱疹及びそれに伴う神経痛を予防することで、QOLを維持し高齢者の健康保持を図ることを目的とする。

法定位置づけ

高齢者带状疱疹予防接種は、予防接種法において個人予防を目的とするB類疾病として位置づけられており、努力義務はなく、本人の希望により接種するものである。

実施内容

予防接種の実施にあたっては、本実施要領のほか、予防接種法及びこれに基づく関係法令並びに厚生労働省の通知等に準拠して実施するものとする。

令和7年度実施期間

令和7年6月1日から令和8年3月31日まで

※シングリックスを接種する場合、2回目の接種（通常2か月の接種間隔）を期間内に終了するようにしてください。2回目の接種が期間を超えた場合、定期接種の対象とはなりません。

対象者

次のいずれかに該当する明石市民

①年度末年齢 65、70、75、80、85、90、95 歳までの 5 歳刻み年齢及び 100 歳以上の方

年度末年齢	生年月日
65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日生
70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日生
75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日生
80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日生
85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日生
90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日生
95歳	昭和5年4月2日～昭和6年4月1日生
100歳以上	大正15年4月1日以前生

※令和 7 年度から令和 11 年度までの 5 年間は、経過措置として年度末年齢 65・70・75…100 歳までの 5 歳刻み年齢の方が対象となります。100 歳を超える方は令和 7 年度に限り全員対象となります。

②60～64 歳の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、日常生活がほとんど不可能な程度(身体障害者手帳 1 級相当)の方

過去に帯状疱疹ワクチンを接種したことがある場合の取扱いについて

厚生労働省令においては、対象者から除かれる者として「当該予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められるもの」とされており、基本的には接種したことがある者は対象となりませんが、医療機関において医師と相談の上、「当該予防接種を行う必要」があると認められた場合には対象となります。(厚生労働省の自治体説明会後の Q&A にて回答あり)

対象者から相談があった場合には接種歴・既往歴等よりご判断いただき、接種を必要と認めた場合には明石市保健予防課へ予防接種券を申し込むようご案内ください。

※予防接種券の申し込みにあたり、診断書等の書面の提出は必要ありません。

予防接種券の発送

- ・対象者①に該当する方には予防接種券・予診票(1 枚)を令和 7 年 5 月末に自動発送します。
- ・対象者②に該当する方や過去に明石市の帯状疱疹ワクチン(任意)接種費用助成制度を利用し帯状疱疹ワクチンを接種したことがある方は自動発送の対象にはならないため、明石市保健予防課へ事前に申し込みが必要です。

接種回数・自己負担金額

ワクチンの種類	接種回数	自己負担金額
乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン/ビケン)	1 回	4,000 円
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン/シングリックス)	2 回	11,000 円/回 ※2 回計 22,000 円

※任意接種としてシングリックス 1 回目を接種し、定期接種対象年度内に 2 回目を接種する場合、2 回目分は定期接種として助成を受けることができます。

自己負担免除者

- ・市民税非課税世帯に属する者
- ・生活保護世帯に属する者または中国残留邦人等支援給付制度受給者

自己負担免除者であることの確認書類

下記①～③のいずれかの書類を接種時に提出することで自己負担額が免除されます。

①明石市高齢者帯状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書の原本

- ☞ 事前に保健予防課へ申請が必要

②介護保険料の納入通知書（介護保険料額決定通知書）の写し

※原本は必ず本人へ返却すること。

- ☞ 65 歳以上の市民へ自動発送される通知書。
- ☞ 保険料段階が第 1 ～ 3 段階のものに限る。
- ☞ 接種日と同一年度の賦課情報のものに限る。

ただし、6・7 月に接種する場合は前年度のもので可。

※後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証は使用できません。

③生活保護受給証明書または中国残留邦人等に対する支援給付にかかる支援給付受給証明書の原本または写し

- ☞ 3 か月以内に交付されたものに限る。

実施方法

【実施のながれ】

		ビケン	シングリックス	
接種 1 回 目	接種前	1. 予約受付	1. 予約受付(1回目)	
	接種当日	2. 当日受付	2. 当日受付	
		3. 予診	3. 予診	
		4. 接種	4. 接種	5. 予約受付(2回目) (2回目の予診票渡し)
	接種後	実施報告	実施報告	接種間隔 《2 か月※》
接種 2 回 目	接種当日			2. 当日受付
				3. 予診
				4. 接種
	接種後			実施報告

※重要

前回の接種日から2か月以上が経過しているかを必ず確認してください。なお、疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1か月以上に短縮可能です。その場合、診断書を提出する必要はありませんが、予診票及び予防接種券のチェックボックスに必ず☑をつけていただくようお願いします。

(イメージ)

予診票

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (※1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日	☐ チェック必須 1回目から2か月以上経過している または 医師の判断により 1か月以上に短縮する

予防接種券

ワクチン名	接種方法	接種場所・接種医師名
Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	[]
接種量 0.5 ml		
接種間隔 1回目から2か月以上経過しているまたは医師の判断により1か月以上に短縮する		チェック必須 ☐

※上記の☑が確認できない場合、予防接種間違い報告の対象となります。

また、定期接種として取り扱うことができないため、委託料の支払対象外となります。

接種間隔については十分にご注意ください。

1. 予約受付(ビケン・シングリックス1回目)

①有効期限内である予防接種券を持っているか確認する。

②接種当日の必要書類について説明する。

予防接種券(見本 P. 8-9 参照)、予診票(予防接種券に同封)、マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類、

自己負担免除者は確認書類

③年度途中の転入者、紛失、予防接種券の自動発送になっていないなどの理由で予防接種券を持っていない者には保健予防課に申請するよう案内する。

2. 当日受付

①必要書類の提出を求め当該予防接種の対象者であるか否かを確認する。必ず予防接種券の有効期限を確認すること。

②自己負担免除者の場合、証明書類の提出を求める。

③予診票の記入漏れがないか確認する。

④検温を実施する。37.5℃以上の場合は、受付にて断る。

3. 予診

①予診(問診、視診、聴診等)によって、「接種可能」「接種不可」を判断する。

②「接種可能」であれば、予診票の医師記入欄の「可能」に○印及び署名をするとともに、予防接種希望書の「接種を希望します」に○印及び署名をしてもらう。

③「接種不可」であれば予診票の医師記入欄の「見合わせる」に○印及び署名、所見を記入し、予防接種券を接種希望者に返却する。

4. 接種

①以下のいずれかの方法により接種を行う。

ア. ビケン(生ワクチン)を使用する場合は、1回皮下に注射すること。

イ. シングリックス(不活化ワクチン)を使用する場合は、2か月以上(標準的には2か月)の間隔において2回筋肉内に注射すること。当該方法をとることができない場合でも1回目の接種から6か月までに2回目の接種を完了することが望ましい。

また、対象者のうち、疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者等で、医師が早期の接種が必要と判断した者に対し、乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを使用する場合は、1か月以上の間隔において2回筋肉内に注射しても差し支えない。

②接種後、以下のとおり対応する。

ア. ビケンまたはシングリックス1回目の接種後 ※見本 P.8 参照

予防接種済証④・予防接種券⑤、予診票に接種情報を記入し、予防接種券⑤のみを切り取り、残りの予防接種券(接種済証)を被接種者に返却するとともに、自己負担金を徴収する。

イ. シングリックス2回目の接種後 ※見本 P.9 参照

予防接種済証④・予防接種券⑥、予診票に接種情報を記入し、予防接種券⑥のみを切り取り、残りの予防接種券(接種済証)を被接種者に返却するとともに、自己負担金を徴収する。

5. 予約受付(シングリックス2回目)

シングリックス1回目を接種した場合は、2か月後以降の日付で2回目の接種予約を受け付けし、予診票を渡す。

※明石市ホームページよりダウンロードし、予診票をお渡してください。ただし、明石市民以外の2回目接種時の予診票は各市町担当課から交付します。各市町の担当窓口をご案内ください。

実施報告

次の書類を接種の翌月10日までに明石市保健予防課に提出する。

- ・ 予防接種報告書兼委託料請求書
- ・ 予防接種券(自己負担免除者は確認書類を添付)
- ・ 予診の結果、接種を見合わせた場合は予診票の原本

請求書等の提出先 明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 あかし保健所 4階

※上記の請求期限を超過し、年度を繰り越した請求(年度末の最終請求期限は4月10日)に対しては、原則、支払いができないので、特に注意すること。

他のワクチンとの接種間隔

ビケン(生ワクチン)については、他の生ワクチンと 27 日以上の間隔を置くこと。他のワクチンを接種する場合、医師が必要と認めた場合には同時に接種することができる。

シングリックス(不活化ワクチン)については、医師が必要と認めた場合には他のワクチンと同時に接種することができる。

健康被害発生時の対応

予防接種による健康被害又は健康被害の疑いのある患者を診察した場合、以下に注意する。

- (1) 患者または家族から詳しく問診し、病歴を確実に記載しておく。
- (2) 主要症状について、確実に把握し、詳細に記載しておく。
- (3) 接種部位の変化(発赤、腫脹及び化膿など)の有無、程度について必ず観察し、記載する。
- (4) 副反応疑い報告については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の電子報告システム(報告受付サイト)(URL : <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>) にて報告を行う。

予防接種不適当者・要注意者

	生ワクチン(ビケン)	不活化ワクチン(シングリックス)
接種できない方	病気や治療によって、免疫が低下している方	免疫の状態に関わらず接種可能
接種に注意が必要な方	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後 3 か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方 ※治療後 6 か月以上置いて接種すること。	血小板減少症や凝固障害を有する方 抗凝固療法を実施されている方

その他に、接種前に発熱を呈している方、重篤な急性疾患に罹っている方、それぞれの予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな方等はいずれのワクチンも接種できない。

また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、带状疱疹ワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要。

高齢者带状疱疹予防接種券の確認・記入要領

【ビケン・シングリックス1回目】※左半分

A 明石市高齢者带状疱疹予防接種済証
【ビケンまたはシングリックス1回目】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

【医療機関記入欄】 **1**

ワクチンロット番号	接種方法（いずれかに○）		接種量
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	皮下注射 (ビケン)	0.5 ml

予防接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種場所・接種医師名 _____

- ① 接種方法のいずれかに○、ロット番号、接種年月日、接種場所、接種医師名を記入し、被接種者に交付する。
- ② 接種日当日が有効期限内であることを確認する。
- ③ 電話番号が記入されていることを確認する。
- ④ 接種日に日付印を押印または記入する。

※令和7年6月1日の場合は「5070601」となります。

- ⑤ 記入不要
- ⑥ 対象者の費用区分に○をつける。
- ⑦ ワクチン名や接種量が正しいことを確認し、ロット番号を貼付または記入する。
- ⑧ 接種方法のいずれかに○をつける。
- ⑨ 実施場所や医師名を記入する。

B 令和7年度 明石市高齢者带状疱疹予防接種券
【ビケンまたはシングリックス1回目】

接種券の有効期限 **2**

※シングリックスを接種する場合、通常2か月の間隔をあけて2回接種が必要です。
年度内に接種完了するよう、12月頃までに1回目の接種を済ませてください。

接種対象者 _____

生年月日 _____ 電話番号 **3**

整理番号 _____ 種類 D 4 修 C 3

回数 1 接種日 (和暦) 5 _____ **4**

医コード **5**

6 費用区分 0：有料 1：市民税非課税世帯 2：生活保護世帯
※費用区分1・2の方は必ず確認書類を添付してください。

ワクチン名	接種方法（いずれかに○）		接種場所・接種医師名
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	皮下注射 (ビケン)	_____ 9
接種量 0.5 ml	_____ 8		

7

【シングリックス2回目】※右半分

C 明石市高齢者帯状疱疹予防接種済証
[シングリックス2回目] ※ビケン接種の場合は使用できません。

住所 _____

氏名 **1** _____

生年月日 _____

【医療機関記入欄】

ワクチンロット番号	接種方法	接種量
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	0.5 ml

予防接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種場所・接種医師名 _____

- ① 接種年月日、接種場所、接種医師名、ロット番号を記入し、被接種者に交付する。
- ② 接種日当日が有効期限内であることを確認する。
- ③ 電話番号が記入されていることを確認する。
- ④ 接種日に日付印を押印または記入する。
※令和7年8月1日の場合は「5070801」となります。
- ⑤ 記入不要
- ⑥ 対象者の費用区分に○をつける。
- ⑦ ワクチン名や接種量が正しいことを確認し、ロット番号を貼付または記入する。
- ⑧ 実施場所や医師名を記入する。

D 令和7年度 明石市高齢者帯状疱疹予防接種券
[シングリックス2回目]

接種券の有効期限 **2** _____

※ビケン接種の場合は使用できません。
また、1回目から2か月以上の接種間隔があるか、必ずご確認ください。

接種対象者 _____

生年月日 _____ 電話番号 **3** _____

郵便番号 _____ 種類 D4 修 C 3

回数 2 接種日 (和) **4** _____

振コード **5** _____

6 費用区分 0：有料 1：市民税非課税世帯 2：生活保護世帯

※費用区分1・2の方は必ず確認欄を貼付してください。

ワクチン名	接種方法	接種場所・接種医師名
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	8 _____

接種間隔 **9** 1回目から2か月以上経過しているまたは医師の判断により1か月以上に短縮する ☐

- ⑨ 前回の接種日から2か月以上の間隔を置いていることと※を1回目の接種済証や医療機関控の予診票等から確認し、☒をつける。
※疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合は1か月以上に短縮可。

明石市高齢者带状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書 見本

介護保険料決定通知書 見本① (A4 タイプ)

[illegible]

令和7年度か確認
(6, 7月に接種する場合
は前年度のもので可)

保険料段階が
1～3 段階のみ
無料対象

介護保険料決定通知書 見本②（冊子タイプ）

介護保険料額決定(変更)の内容

通知年! 令和 7 年度

決 定 理 由	特徴対象通知による特徴本算定	決 定 年 月 日	令和 年 月 日
年間保険料額	21,132 円	変更後増減額	*****

【保険料額算定の基礎】

変 更 前 (円)			
市民税課税状況	合計所得金額	課税年金収入額	
本人 世帯 非課税 非課税	0	266,214	
保険料段階	段階別保険料額①	賦課月数②	保険料算出額③④⑤⑥
第1段階	21,132	12月	21,132
保険料額合計		21,132	

決 定 (変 更 後) (円)			
市民税課税状況	合計所得金額	課税年金収入額	
本人 世帯 非課税 非課税	0	265,99	
保険料段階	段階別保険料額①	賦課月数②	保険料算出額③④⑤⑥
第1段階	21,132	12月	21,132
保険料額合計		21,132	

令和7年度か確認
(6, 7月に接種する場合
は前年度のもので可)

保険料段階が
1～3 段階のみ
無料対象

免除決定通知書（見本）

〒XXXX-XXXX

明石市○△○□△□○△○□△○□△□
 ○△○□△○□△○□△○□△○□△□
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

○○ ○○ 様

令和XX年XX月XX日
 明石市長（公印省略）

明石市高齢者肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書

申請のありました高齢者肺炎球菌予防接種にかかる費用（自己負担額）の免除について、審査の結果、要件に該当することが確認できましたので、本書のとおり通知します。

整理番号	XXXXXXXXXX		
氏 名	○○ ○○	生年月日	
住 所	明石市○△○□△○□△○□△○□△○□△○□		
免除区分	非課税世帯 生保世帯 ※どちらかを表示	有効期限	令和XX年3月31日

有効期限

※ 他の必要書類とあわせて、この通知書（原本）を医療機関窓口にご提出ください。
 ※ この通知書による費用免除は、高齢者肺炎球菌予防接種費用のみに適用されます。
 なお、市外に転出された場合や有効期限を過ぎると使用できません。

お問い合わせ
 明石市保健予防課
 電話：918-5668 FAX：918-5441

有効期限に注意

生活保護受給証明書（見本）

[illegible]

接種日から
3 か月以内か確認