

1 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、本市の債権登録することを要する。

2 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、高齢者の健康保持を図ることを目的とする。

3 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。

4 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及び予防接種ガイドライン等検討委員会が作成した「B 類疾病予防接種ガイドライン」に準拠して実施するものとする。

5 実施期間（委託期間）

令和 8 年 4 月 1 日から令和 9 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）まで期間内に終了すること。期間を超えた場合（接種日が令和 9 年 4 月 1 日以降の場合）、定期接種の対象とはならない。（例：シングリックス 1 回目を令和 9 年 2 月 10 日に接種し、2 回目を令和 9 年 4 月 10 日に接種した場合⇒1 回目は定期接種の対象となるが、2 回目は定期接種の対象とならない）

6 対象者

次の①②いずれかに該当する明石市民

- ※ 令和 7 年度は 100 歳以上の者も対象でしたが、令和 8 年度からは 100 歳に限ります

① 年度末年齢 65、70、75、80、85、90、95 歳、100 歳の 5 歳刻み年齢の者

年度末年齢	生年月日	年度末年齢	生年月日
65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生	85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生	90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生	95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日生
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生	100歳	大正15年4月2日～昭和2年4月1日生

② 満 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活動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（身体障害者障害程度 1 級に該当）

◎ 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る。対象者から相談があった場合には接種歴・既往歴等より判断し、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案内すること。

※ 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ない。

7 予防接種券の発送

- 「対象者①に該当する者」には予防接種券・予診票（2枚）・リーフレットを令和8年3月31日に明石市保健予防課より発送する。
- 「対象者②に該当する者」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者」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となる。

8 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

9 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

10 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る。

① 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【**原本**】

※ ①は市民から保健予防課への申請があれば“2枚”発券するため、2回接種の場合においても、**原則原本を回収**すること

② 介護保険料額決定通知書（1～3段階に限る）【**写し**】

※ ②は接種日と同年度の賦課情報に限る（4～7月に接種する場合は前年度で可）
医療機関においてA4サイズでコピーし、原本は返却すること

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（3ヶ月以内に交付されたものに限る）【**原本**】

「② 介護保険料額決定通知書」の留意点（令和8年度のみ）

令和7年度税制改正における個人住民税に係る給与所得控除の最低保障額が引き上げ（55万円→65万円）されたが、令和8年度の介護保険料計算においては、保険料収入不足を可能な限り防ぐために税制改正の影響を遮断する対応を行うため、本来保険料段階が1～3段階のいずれかに該当する者でも、4段階以上に位置付けられる者が出る。このため、4段階以上であっても市民税非課税世帯に該当する者も一部存在する可能性があるため、4段階以上で非課税世帯であることを主張する者（もしくは課税区分がわからない者）については、保健予防課まで申請するよう案内すること（非課税の場合は①免除決定通知書を保健予防課において発行する）。

11 実施方法

		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	
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	

*前回の接種日から2か月（翌々月の同日）以上経過していることを必ず確認すること。
2か月後に翌々月の同日がない場合（例）12月31日に接種した場合は、翌々月の末日の翌日（上記例では3月1日）から接種可能

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。その場合、診断書を提出する必要はないが、予診票及び予防接種券のチェックボックスに必ず☑をつけること。

○ 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。	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
【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。 (注) ワクチンの種類は1.シングリックス (不活化ワクチン)、2.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.シングリックス 2.ビケン 3.その他	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	

○ 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.	接種量 0.5 ml (シングリックス)	
接種間隔を医師の判断により1か月以上に短縮した場合に限りチェックしてください <input type="checkbox"/>		

※ 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、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る場合がある。

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（年度途中の転入者、紛失などで予防接種券を持っていない者は明石市保健予防課へ申請するよう案内する）。
- ② 接種当日の必要書類（**①**予防接種券（切り取らない）、**②**予診票、**③**マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類、**④**自己負担免除者は確認書類）を説明する。
※ **①・②**は対象者へ令和8年3月31日に明石市保健予防課より発送している。

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確認する（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。

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(A)・(B)いずれかの方法により接種を行う。
(A) ビケン（生ワクチン）の場合は、1回皮下に注射する。
(B) シングリックス（不活化ワクチン）の場合は、2か月以上（標準的には2か月）の間隔をおいて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）。
※ 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か月以上の間隔をおいて2回筋肉内に注射しても差し支えない。

② 接種後、以下の(A)・(B)いずれかの方法により対応する。

(A) ビケンまたはシングリックス1回目の接種後 ※P.7 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(自己負担免除者を除く)。

(B) シングリックス2回目の接種後 ※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、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(自己負担免除者を除く)。

12 実施報告

次の書類を接種翌月 5日までに『明石市保健予防課』に提出する。

① 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

② 令和8年度 明石市高齢者肺炎球菌予防接種報告書兼委託料請求書(神戸市医療機関用)

13 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。

14 健康被害発生時の対応

予防接種による健康被害また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(URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>)で報告する。

15 予防接種不相当者・要注意者

	生ワクチン(ビケン)	不活化ワクチン(シン グリップス)
接種できない者	病気や治療によって、免疫が低下している者	免疫の状態に関わらず 接種可能
接種に注意が必要な者	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者 ※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者 抗凝固療法を実施されている者

その他に、接種前に発熱を呈している方（通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません）、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 _____

1 【医療機関記入欄】

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。

B 令和8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、1月末までに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 1 _____ 種類 D4 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の方は必ず確認種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
7 ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス) 8 皮下注射 (ビケン)	9 _____

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8年5月1日の場合は「5080501」

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。

【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] ※ピケン接種の場合は使用できません。

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	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。

D 令和8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**

※ピ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** _____

整理番号	1	種類	D 4	修 C	3
回数	2	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の方は必ず確認種類を添付してください。

ワクチン名	接種方法	接種場所・接種医師名
Lot No. 7	接種量 0.5 ml 筋肉内注射 (シングリックス)	[_____] 8

9 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

- 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8年8月1日の場合は「5080801」
- 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。
- ⑨ 1回目から医師の判断により1ヶ月以上に短縮した場合に限りチェックを入れる
- ※ 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。

