

新潟市高齢者带状疱疹予防接種実施要綱

(目的)

第1条 予防接種法第5条の規定に基づいて、市長が実施する高齢者带状疱疹予防接種事業が円滑に運営されるように、以下のとおり必要な事項を定める。

(実施方法)

第2条 医療機関及び予防接種を行うことができる医師が勤務する介護老人福祉施設・介護老人保健施設等（以下「高齢者施設等」という。）において個別接種方式で実施する。

2 予防接種業務は、予防接種業務を行う旨を申し出た医療機関・高齢者施設等、市長が適当と認める医療機関（以下これらを「委託医療機関」という。）において行うものとする。

ただし、高齢者施設等の長（以下「施設長」という。）が行う予防接種業務については、予防接種業務を行う施設長の管理する高齢者施設等に入所している者のみを対象とする。

3 委託医療機関は、別記様式第1号の表示を行うものとする。

4 委託医療機関は、接種希望者からの申し出に基づき、第3条に定める対象者であることを確認したうえで第12条から第13条に定める予防接種業務を行うこととする。

(接種対象者)

第3条 第1条に定める予防接種の対象者は、次の各号のいずれかに該当する者で、かつ、本人の意思で高齢者带状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）を受けることを希望する者（以下「接種対象者」という。）を対象とする。

ただし、「带状疱疹ワクチンをこれまで接種した者。ただし医師により当該予防接種を行う必要があると判断された者は除く」、「予防接種を当該接種期間内に既に受けた者」及び「接種対象者本人の予防接種を受けることを希望する意思（以下「接種意思」という。）が確認できない者」は除く。

(1) 接種日において市内に住所を有し、年度内に65歳を迎える者

(2) 接種日において市内に住所を有し、接種時満60歳から満64歳の者であって、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がいをする者。障がいの程度は、身体障害者手帳における単独での1級に相当するものとする。

(3) 接種日において市内に住所を有し、年度内に70歳、75歳、80歳、85歳、

90歳、95歳、100歳を迎える者。ただし令和7年度から令和11年度までとする。

(4) 接種日において市内に住所を有し、年度内に101歳以上を迎える者。ただし令和7年度限りとする。

(使用ワクチン)

第4条 厚生労働省が承認した乾燥弱毒性水痘ワクチン又は乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(以下「ワクチン」という。)とする。

(ワクチン等の調達)

第5条 委託医療機関は、予防接種業務に必要なワクチン及び諸資材を自ら調達する。

(予防接種を行う場所)

第6条 予防接種は医療機関で行うことを基本とするが、高齢者施設等においては、接種対象者の予診を十分に行うことができ、プライバシーに配慮できる診療室等において行うものとする。

また、接種対象者が寝たきり等により、医療機関における予防接種を行いがたい場合においては、事故防止対策や副反应对策等の十分な準備がなされる場合に限り、接種対象者の自宅等での予防接種を行うことができるものとする。

(接種期間)

第7条 接種期間は4月1日から翌年3月31日までとする。

なお、接種期間外に行った予防接種は、予防接種法に基づく予防接種及び委託料支払の対象外とする。

(接種方法)

第8条 予防接種回数は当該接種期間内に乾燥弱毒性水痘ワクチン皮下へ1回、乾燥組換え帯状疱疹ワクチン筋肉内に2回とし、それぞれ規定する量の接種液を接種する。

(実費徴収等)

第9条 実費徴収等については次に掲げるとおりとする。

(1) 実費徴収額

委託医療機関は予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)より、ワクチン代として次に掲げる額(以下「実費徴収額」という。)を徴収するものとする。この際、委託医療機関においては任意の領収書を発行するものとする。

ア 市内委託医療機関においては、接種日の属する年度に締結した新潟市定期予

防接種委託契約書内高齢者带状疱疹予防接種委託料に記載の実費徴収額

イ 市外委託医療機関においては、接種日の属する年度に締結した広域的個別予

防接種委託契約書内高齢者带状疱疹予防接種委託料に記載の実費徴収額

(2) 実費徴収の免除

次のいずれかに該当する者（以下「実費徴収免除者」という。）については、実費徴収は行わないものとする。

ア 生活保護法による生活保護の適用を受けている世帯に属する者（以下「生活保護受給者」という。）

イ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定により支援給付又は配偶者支援金を受けている世帯に属する者（以下「支援給付受給者」という。）

ウ 前号に定める者のほか、市長が特別の理由があると認めた者

(3) 実費徴収免除者の確認

実費徴収免除者のうち、生活保護受給者は、生活保護受給証明書または被保護者証明書（以下「生活保護受給証明書等」という。）を、支援給付受給者は支援給付受給証明書または本人確認証（以下「支援給付受給証明書等」という。）を委託医療機関へ提示するものとする。

(4) 実費徴収額の給付

やむを得ない理由により、実費徴収免除者であるにもかかわらず、委託医療機関へ実費徴収額を支払った被接種者は、「実費徴収額給付申請書」（別記様式第2号）、委任をする場合は、「委任状」（別記様式第3号）に必要事項を記入し、予防接種を行った委託医療機関にて発行した領収書を添付して市長に提出するものとする。この際、併せて生活保護受給証明書等または支援給付受給証明書等を市長に提示するものとする。申請を受けた市長は、申請した被接種者が実費徴収免除者であることを確認した後、実費徴収額を給付するものとする。

（委託料）

第10条 委託料には、ワクチン代を含むものとし、別に定める「新潟市定期予防接種委託契約書」のとおりとする。

（接種対象者への周知）

第 11 条 市長は郵送による案内などにより、接種対象者に必要な事項の周知を行うものとする。

(接種の実施)

第 12 条 接種の実施については、次に掲げるとおりとする。

(1) 予診票及び予防接種済証

市長は、委託医療機関に「带状疱疹予防接種予診票（提出用）」（別記様式第 4 号、以下「予診票（提出用）」という。）、「带状疱疹予防接種予診票（医療機関保管用）」（別記様式第 5 号、以下「予診票（保管用）」という。なお、予診票（提出用）と予診票（保管用）は複写式の様式とし、両方を指す場合、「予診票」という。）及び「带状疱疹予防接種済証」（別記様式第 6 号、以下「接種済証」という。）を設置する。

(2) 予防接種の申し出

接種対象者は、予防接種を受けようとするときは、予診票に必要な事項を記入し、委託医療機関へ申し出るものとする。

(3) 委託医療機関における確認・注意事項

ア 接種対象者の確認

委託医療機関は、健康保険被保険者証等により接種対象者に該当することの確認を慎重に行うものとする。さらに、接種対象者が 60 歳から 64 歳の者の場合、身体障害者手帳または障がいの程度を明記した診断書等の提示により確認を行う。

イ 接種対象者の意思確認

委託医療機関は、接種対象者の接種意思を確認するものとする。接種対象者の接種意思の確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医等の協力により接種対象者の接種意思の確認をすることとし、接種意思が確認できた場合にのみ予防接種法に基づく予防接種が行えるものとする。接種対象者の接種意思が最終的に確認できない場合は、予防接種法及び委託料支払の対象に該当しない。

ウ 接種対象者への説明

委託医療機関は、予防接種を行う前に、接種対象者に対して、予防接種の効果及び副反応について説明する。

エ 予防接種の理解についての事前確認

委託医療機関は、接種対象者が予防接種の効果及び副反応、その他予防接種に関する注意事項等について理解しているか確認を行うものとする。もし理解が不

十分と認められる場合は、その場で十分に説明を行ったうえで再度接種対象者の理解を確認する。

オ 予診、接種不適合者及び接種要注意者

(ア) 予診

委託医療機関は、予防接種を行う場所において、接種対象者に対して、問診、検温及び視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種を受けることが不適当な者（以下「接種不適合者」という。）又は予防接種の可否の判断を行うに際し注意を要する者（以下「接種要注意者」という。）に該当するかどうかを調べる。

(イ) 接種不適合者

次のいずれかに該当する者に対しては、当日は予防接種を行わず、必要がある場合は精密検査を受けるよう指示する。この場合、積極的な接種勧奨としないように留意すること。

- a 明らかな発熱を呈している者（37.5℃以上の場合）
- b 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- c 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あることが明らかな者
- d 上記 a から c までに掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

(ウ) 接種要注意者

次のいずれかに該当する者に対しては、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、診察及び接種適否の判断を慎重に行い、接種の必要性、副反応、有用性について十分な説明を行い、同意を確実に得た上で、注意して接種することとする。

- a 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患及び血液疾患等の基礎疾患を有することが明らかな者
- b 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症状を呈したことがある者
- c 過去にけいれんの既往のある者
- d 過去に免疫不全の診断がなされている者

e 接種液の成分によって、アレルギーを呈するおそれのある者

(エ) 委託医療機関は、高度な接種判断が求められる者については、専門医療機関を紹介することとする。

カ 接種対象者の署名

市長の行う予防接種は努力義務を課していないため、委託医療機関は予診の結果接種が適当な場合は、その旨を接種対象者に伝えた後、接種意思の最終確認を行い、予防接種を希望するときは、接種対象者に予診票に署名をしてもらう。この際、身体的理由により自署できない場合は、接種対象者の家族等により署名の代筆を行うことができる。

キ 接種液について

(ア) 接種液の使用前には、必ず、国家検定に合格したことを示す検定証紙の有無、表示された接種液の種類、有効期限を確認し、異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がないかどうかを点検する。

(イ) 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによる。(遮光し、凍結を避けて2℃から8℃で保存する。)

ク 予防接種を行う際の注意

(ア) 接種液は、冷蔵庫から取り出し室温になってから振り混ぜ均等にして使用する。

(イ) 注射針・筒は、被接種者1人に1針1筒で使用する。

(ウ) 実施にあたっては、注射針の先端が血管に入っていないことを確認し、神経に接触しないよう接種部位に注意する。

(エ) 接種後は、液の逆流・出血等の防止のため、接種部位を消毒綿で軽く抑えておく。

ケ 被接種者への指導等

委託医療機関は被接種者に対して、接種後の副反応等について、事前に説明するとともに、接種後の注意事項として次の事項を知らせることとする。

(ア) 接種後には、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動や大量の飲酒を避けるよう注意すること。

(イ) 接種後、局所の異常な反応や体調の変化を訴える場合には、速やかに医師の診察を受けること。

コ 委託医療機関は、予防接種を行った証明として、接種後、接種済証を確実に被接種者に交付するものとする。なお、被接種者が健康手帳を持参した場合については、接種済証を健康手帳に貼付するものとする。

サ 接種後の業務等

(ア) 予診票等の処理

委託医療機関は、接種を行った場合若しくは予診のみ行った場合には、予診票に必要な事項を記入し、予診票（提出用）を1か月分とりまとめ、新潟市保健所（以下「市保健所」という。）へ提出するものとする。なお、予診のみの場合であっても、接種不適當の要因となった疾病等の治療により医療行為に移行した場合は、委託料支払の対象外であるため、送付はしないものとする。また、実費徴収免除者については、生活保護受給証明書等、支援給付受給証明書等の写しを予診票（提出用）に添付、若しくは生活保護受給者、支援給付受給者であることを確認した旨を予診票に記載するものとする。

シ 予診票の保存

予診票（保管用）は、委託医療機関において接種日から5年間保存するものとする。

（副反応疑いまたは間違い接種発生時の対応）

第13条 予防接種を行った医師（以下「接種医」という。）は、被接種者から副反応疑い（一時的な発熱等は除く。）の連絡を受けた場合は、必要な指導又は処置を行うものとする。なお、重篤な副反応疑いの発生など緊急を要する場合は、救急医療体制の活用など速やかな対応を行うこととする。

2 接種医は、被接種者に間違い接種が発生した場合は、市保健所長にその旨をすみやかに報告するものとする。

3 被接種者の臨床症状が予防接種法施行規則第5条に規定する症状に該当する場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」を用いて独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告するものとする。

（委託料の請求及び支払い）

第14条 委託医療機関の長は、委託料を請求するときは、請求書に予診票（提出用）若しくは生活保護受給証明書等、支援給付受給証明書等の写しを添付した予診票（提出用）を添えて、市保健所へ提出することとする。

2 市長は、第10条に定める委託料の請求を受理したときは、その内容を審査し、委託契約書の定めにより速やかにこれを支払うものとする。

(市が行う事務)

第15条 上記の定めのほか、市長は次の各号に掲げる事務を行うこととする。

- (1) 接種対象者に対する必要事項の周知。
- (2) 委託料の支払いに関すること。
- (3) 副反応疑いまたは接種間違いに関して必要な措置を講じること。
- (4) その他、予防接種に関する連絡調整等に関すること。

(その他)

第16条 予防接種にあたっては、関係法令及び当実施要綱によるほか、予防接種ガイドライン等検討委員会の示した「予防接種ガイドライン」に準拠することとする。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

新潟市帯状疱疹予防接種

委託医療機関

新潟市高齢者带状疱疹予防接種
実費徴収額給付申請書
（口座振替申込書）

（宛先）新潟市長

年 月 日

私は、新潟市高齢者带状疱疹予防接種実施要綱の規定に基づく
実費徴収免除者であるにもかかわらず、_____円を実費徴収額として委託医療機関に
支払ったので、_____円の給付を申請します。

【申請者（被接種者）】

住 所 新潟市 _____
氏 名 _____
電 話 番 号 () _____
生 年 月 日 年 月 日生 _____
予防接種を受けた場所 _____
予防接種を受けた年月日 年 月 日 _____

【振込先】 該当する番号を○で囲んでください。

- 1 被接種者と口座名義が同じ 下記の口座に振替えてください。
2 被接種者と口座名義が異なる 下記の者を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。
（別途委任状必要）

銀行・支店名	銀行						本店 支店		
口 座 種 別 口 座 番 号	口座 番号	1. 普通 2. 当座	口座 番号						
口 座 名 義	フリガナ								

※ 必ず医療機関の発行した領収書を添付し、生活保護受給証明書等を提示してください。

区 記 入 欄	実費徴収なし確認書類		書類確認者	
	1. 被保護者証明書		区 健康福祉課	
	2. 生活保護受給証明書		記名：	
	3. 本人確認証		内線：	
	4. 支援給付受給証明書			

※ 1 と 2 は生活保護受給世帯、3 と 4 は中国残留邦人等の支援給付受給世帯の方

委任状

年 月 日

（宛先）新潟市長

【 委任者 】 ※被接種者本人が記載すること

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、新潟市高齢者带状疱疹予防接種実施要綱実費徴収額給付申請（請求）及び受領の権限を委任します。

【 代理人 】

住 所

氏 名

（被接種者との続柄 ）

生年月日

電話番号

別記様式第4号（第12条関係）

帯状疱疹予防接種予診票

対象（どちらかに○）	年度対象者 ・ 障がい者	予防接種 番号							
使用ワクチン（いずれかに○）	ビケン・シングリックス（1回目・2回目）	診察前の体温	度 分						
住 所	新潟市 区		電話（ — ）						
ふりがな								男 ・ 女	
氏 名									
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生（満 歳）								

医療機関 ↓ 市医師会（市提出用）

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。 （注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		
今日の帯状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の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	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ いいえ	はい はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	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、具合が悪くなったことがありますか。	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。 予防接種名（ ）	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ）	いいえ	はい	
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（ ）	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
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（ ）	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	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（理由 ） 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、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	種別（いずれかに○）
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	・筋肉内注射 (シングリックス®)	・皮下注射 (乾燥弱毒生 水痘ワクチン 「ビケン」®)	0.5ml 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	・接種（自己負担有） ・接種（自己負担無） ・予診のみ

帯状疱疹予防接種希望書（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。）
私は、医師の診察・説明を受け、帯状疱疹ワクチンの予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。
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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名 _____ 代筆者氏名 _____（続柄 _____）
（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄も記載）

別記様式第5号（第12条関係）

帯状疱疹予防接種予診票				予防接種 番号										
対 象（どちらかに○）		年度対象者 ・ 障がい者		診察前の体温				度 分						
使用ワクチン（いずれかに○）		ビケン・シングリックス（1回目・2回目）												
住 所		新潟市 区												
ふりがな		電話(—)												
氏 名												男 ・ 女		
生年月日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生（満 歳）												
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。 (注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										
今日の帯状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか。				はい いいえ										
今日の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										
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()				いいえ はい										
治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				いいえ はい いいえ はい										
免疫不全と診断されたことがありますか。				いいえ はい										
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()				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、具合が悪くなったことがありますか。				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。 予防接種名 ()				いいえ はい										
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。				いいえ はい										
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()				いいえ はい										
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 ()				いいえ はい										
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。				はい いいえ										
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 ()				いいえ はい										
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。				いいえ はい										
今日の予防接種について質問がありますか。				はい いいえ										
医師記入欄		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（理由 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、説明した。 医師署名又は記名押印												
ワクチンロット番号		接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日				種別（いずれかに○）					
ワクチン名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認		・筋肉内注射 (シングリックス®)		・皮下注射 (乾燥弱毒生 水痘ワクチン 「ビケン」®)	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日				・接種（自己負担有） ・接種（自己負担無） ・予診のみ				
帯状疱疹予防接種希望書（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。） 私は、医師の診察・説明を受け、帯状疱疹ワクチンの予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。 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。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 被接種者署名 _____ 代筆者氏名 _____（続柄 _____） （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄も記載）														

No. _____

帯状疱疹予防接種済証
【ビゲン・シングリックス（1回目・2回目）】

住 所 新潟市 _____ 区

氏名 _____

_____ 年 月 日生

予防接種を行った年月日 _____

医療機関名 _____

_____ 年 月 日

メーカー名 _____

ロット No. _____

_____ 年 月 日

新 潟 市 長 _____



大切に保管しておいてください。