

令和6年度 高松市任意予防接種費用に対する 助成事業実施要領

<目次>

1	予防接種の種類	1
2	予防接種の対象者及び個人通知の方法	1
3	予防接種の実施期間	1
4	接種費用の助成額	1
5	助成事業の実施方法	1
6	予診及び接種時の注意点	2
7	接種希望者が持ってくるもの	2
8	ワクチンの取り扱いについて	3
9	他の予防接種との接種間隔	3
10	接種後の副反応の取り扱い	3
11	予防接種時の間違い報告について	4
12	予防接種健康被害救済制度について	4
13	予防接種の実施報告及び委託料の支払い	5
14	その他	5
別紙①	予診票及び実施報告書のチェックポイント	6
別紙②	予防接種予診票記入例	8

予防接種についてのお問合せ

〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号
高松市保健所
感染症対策課（保健所2階） 予防接種係
TEL087(839)2870 FAX087(813)0221

1 予防接種の種類

種類（ワクチン）	接種量	接種方法
三種混合	0.5ml	皮下接種
おたふくかぜ	0.5ml	皮下接種

2 予防接種の対象者及び個人通知の方法

(1) 予防接種対象者

- ① 接種日に高松市に住民登録がある小学校就学の前年度にある人
(平成30年4月2日から平成31年4月1日の間に生まれた人)
- ② 三種混合ワクチンについては、定期接種の四種混合又は三種混合ワクチンの一期追加接種後、6か月以上経過した人

※三種混合の任意予防接種を希望される方で、ジフテリア、破傷風、百日せき、ポリオの定期の予防接種が完了していない場合は、定期接種を優先して接種を受けるよう保護者に御指導ください。

- ③ おたふくかぜワクチンについては、おたふくかぜ既往歴がない人

(2) 個人通知の方法

令和6年度の対象者には、令和6年4月下旬に助成事業の案内文及び予診票を郵送します。

3 予防接種の実施期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで（黄色予診票）

4 接種費用の助成額

三種混合若しくはおたふくかぜの予防接種のいずれか1回に対して1,500円とします。接種対象者は、接種に要する経費から助成金額を差し引いた金額を実施協力医療機関に支払うものとします。

5 助成事業の実施方法

実施協力医療機関で予防接種を受ける場合

- ① 予防接種を希望する保護者は、実施協力医療機関に高松市任意予防接種費用助成を利用することと予防接種の種類を伝え、接種日時を予約する。
- ② 保護者は、高松市から郵送された予診票等を医療機関に提出し、問診後、予防接種を受ける。

- ③ 保護者は、医療機関に接種費用と助成額（１，５００円）の差額を支払う。
- ④ 医療機関は、実施報告書と予診票を高松市に提出する。
- ⑤ 高松市は、実施報告書と予診票の審査を行い、委託料（助成額×予防接種実施件数）を高松市内３医師会連合会に一括して支払う。
- ⑥ 高松市内３医師会連合会が各医療機関の口座に委託料を振り込む。

やむを得ない理由により、実施協力医療機関以外で予防接種を受ける場合

- ① 予防接種を希望する保護者は、事前に「高松市任意予防接種実施依頼書発行申請書」を高松市に提出する。
- ② 高松市は、「高松市任意予防接種実施依頼書」を保護者に交付する。
- ③ 保護者は、医療機関に「高松市任意予防接種実施依頼書」と高松市から郵送された予診票を提出し、問診後、予防接種を受ける。
- ④ 保護者は、医療機関に接種費用を全額支払う。
- ⑤ 保護者は、「高松市任意予防接種費用に係る助成金償還払申請書」に領収書と予診票を添えて、高松市に申請を行う。
- ⑥ 高松市は、審査を行い、保護者に費用助成を行う。

6 予診及び接種時の注意点

「定期接種実施要領」（高松市定期個別予防接種実施要領に同封）に準じて行ってください。

7 接種希望者が持ってくるもの

(1) 高松市任意予防接種予診票

個人通知の時期以降に転入した場合や紛失した場合は、保護者の申し出により随時予診票を発行いたします。

お手数ですが、予約時に保護者に予診票を持っているか否か確認し、持っていない場合は感染症対策課に連絡して、事前に予診票を取り寄せるよう御指導ください。

(2) 母子健康手帳等、予防接種の記録ができるもの（持ってきていない場合は別添の予防接種済票に記入事項を記入してお渡しく下さい。）

(3) 自己負担金

医療機関の設定した接種金額と助成費用（１，５００円）の差額を徴収ください。

8 ワクチンの取り扱いについて

(1) ワクチンは各医療機関で購入してください。

※費用助成対象の予防接種は、三種混合ワクチンとおたふくかぜワクチンに限られますので、御注意ください。

(2) 使用方法

- ① 接種するワクチンの種類・検定合格日・有効期限を確認し、外観にも異常（混濁・着色・異物の混入等）がないことを確認の上、接種してください。
- ② ワクチンの貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用してください。
- ③ ワクチンの使用に当たっては、凍結させない、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用する、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意するなど、それぞれの添付文書を確認の上、適切に取り扱ってください。

9 他の予防接種との接種間隔

おたふくかぜのワクチンを接種する際は、他の注射生ワクチン予防接種と27日以上の間隔（接種日は含みません）をあけてください。

10 接種後の副反応の取り扱い

(1) 予防接種による副反応、又はその疑いのある患者を診察した場合は、保険診療としてください。その際、患者又は家族から詳しく問診し、病歴を確実に記載しておいてください。

主要症状について確実に把握し、詳細に記載しておいてください。また、接種部位の変化（発赤・腫脹及び化膿等）の有無及び程度、発生日時について必ず記載しておいてください。

(2) 任意の予防接種について、副反応の報告基準に該当する症状を診断したときは、速やかに「予防接種後副反応疑い報告書」（高松市定期個別予防接種実施要領に同封）若しく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」にて作成した報告書を、（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告するとともに、その症状が急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレ症候群（GBS）、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）（TTS）、心筋炎又は心膜炎と疑われる場合は、それぞれ該当の調査票を作成して報告して下さい。また、そのことについて、厚生労働省等から情報収集等の協力依頼があった場合には、御協力をお願いします。

詳細につきましては、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（高松市定期個別予防接種実施要領に同封）を参照ください。

11 予防接種時の間違い報告について

誤った用法用量、有効期限の切れたワクチンでの接種、接種間隔の誤り、血液感染を起こしている状態での接種など、予防接種の間違いを把握した場合、必ず、感染症対策課へ報告してください。

また、その時点で、直ちに被接種者及び保護者に間違いがあったことについて謝罪するとともに、有効性や安全性に関すること及びその後の対応等について説明を行ってください。

12 予防接種健康被害救済制度について

任意の予防接種を受けて、入院を必要とする程度の疾病や重い障がいなどの健康被害が生じ、その健康被害が、予防接種によって引き起こされたものと認められた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」、「生物由来製品感染等被害救済制度」に基づく救済の対象となります。

また、令和2年10月1日以降に、この事業による予防接種を受けて重い障がいが残った場合は、高松市予防接種事故災害補償要綱に定める補償についても対象となる場合があります。

高松市から対象者に送付するお知らせに、予防接種健康被害救済制度があることを記載していますが、保護者から医薬品副作用被害救済制度等の内容についてお問い合わせがありましたら、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等を参考に説明していただくか、感染症対策課にお問い合わせるようお願いください。

13 予防接種の実施報告及び委託料の支払い

(1) 実施報告書（原本別添）及び予診票（2枚複写の1枚目）の提出

実施協力医療機関は1か月分の実施件数をまとめて、**翌月10日（土・日・祝日の場合はその翌平日）までに（必着）**、感染症対策課に提出してください。**実施件数が0件でも実施報告書の提出は必要です。**ただし、0件の場合又は保健所からの依頼で報告書を再提出する場合（※訂正印で件数等を修正したものは不可）のみFAXでの報告も可能とします。なお、FAXで実施報告書を提出する場合は、院長名欄へ押印をしないようお願いいたします。

また、送付の際は「予診票及び実施報告書のチェックポイント」（別紙①）を参照いただき、記入漏れがないように事前に確認をお願いします。

なお、予防接種不可の場合、接種不可としての請求はできません。

また、令和5年度より、実施報告書の院長名欄への押印は不要となっています。

(2) 支払いについて

高松市は、実施報告書に基づいて算定した委託料を、高松市内3医師会連合会に一括して支払い、それを高松市内3医師会連合会が各医療機関の口座に振り込みます。

(3) 令和6年3月分の予防接種実施報告書については、令和5年度の最終の提出となりますので、年度中の提出漏れがないよう再度十分確認してください。

令和5年度最終提出日：令和6年4月10日（水）

※提出期限を過ぎた場合、委託料をお支払いできないことがありますので、御注意ください。

14 その他

実施に当たっては、予防接種対象者の本人確認、高松市での住民票の有無、接種対象年齢及び接種するワクチンの種類、ワクチンの有効期限等を十分確認してください。

また、令和6年4月1日より、高松市のホームページから実施要領等がダウンロードできるようになります。実施報告書の原本を紛失された場合等に御活用ください。

「高松市公式ホームページ もっと高松」

→「くらしの情報」→「健康・福祉」→「医療」→「予防接種・健康診査・検診」
→「予防接種」→「医療機関の皆様へ」

URL：

https://www.city.takamatsu.kagawa.jp/smph/kurashi/kenkou/iryo/shinsa/yobou_sesshu/iryokikan.html

お問い合わせ先 高松市感染症対策課

TEL：087-839-2870

FAX：087-813-0221

予診票及び実施報告書のチェックポイント

【予診票】

- 1 住所は高松市内ですか。
* 接種日において高松市外の者の予診票が感染症対策課に提出された場合は、返却いたします。(委託料のお支払いはできません。)
- 2 【接種種類】は、三種混合、おたふくかぜのいずれかに○が記入されていますか。
* 助成対象となるのは、三種混合、おたふくかぜのいずれか1回の予防接種です。希望する予防接種の種類を確認してください。
- 3 生年月日及び年齢が正しく記入されていますか。
* 生年月日の欄に接種年月日を記入していたり、兄弟姉妹の生年月日と間違っていないか確認してください。
- 4 対象年齢内での接種ですか。
* 予防接種の対象年齢外の者の予診票が感染症対策課に提出された場合は、返却いたします。(委託料のお支払いはできません。)
平成30年4月2日から平成31年4月1日の間に生まれた方が対象者です。
- 5 接種前の体温が記入されていますか。
* 予防接種ができるのは、測定した体温が 37.4℃ (腋窩温又はこれに相当するもの) までの方です。37.5℃以上を指す方は明らかな発熱者として接種を見合わせてください。(※接種不可分としての報告及び委託料のお支払いはできません。)
- 6 保護者がワクチンについての説明文を読んでいますか。
* 該当の質問事項の回答欄にて、「はい」に○が記入されていますか。「いいえ」の場合は、接種前に説明文を読んでもらうよう御指示ください。
- 7 三種混合の場合、定期接種は完了していますか。
* 定期接種で「四種混合」あるいは「三種混合」の一期追加接種は完了していますか。また、一期追加接種後、6か月以上経過していますか。定期接種がまだの場合、定期接種を優先するよう、保護者に御指導ください。
- 8 おたふくかぜの場合、他の注射生ワクチンを27日以内に接種していませんか。
* 他の注射生ワクチン(MRワクチン、水痘ワクチン、BCGワクチン等)を受けた者は、通常、27日以上の間隔を置いておたふくかぜワクチンを接種することとなっています。「1か月以内に予防接種を受けましたか」の質問項目で、他の注射生ワクチンを27日以内に接種していないかどうかを御確認ください。

- 9 医師記入欄「可能・見合わせる」のどちらかに○がありますか。
* 予防接種を見合わせた場合、委託料のお支払いはありません。予診票の提出も必要ありません。
- 10 医師のサインはありますか。
* 自筆のサイン又は押印がありますか。(ゴム印のみは不可です。)
- 11 保護者のサインの記入はありますか。
* 保護者の「同意します・同意しません」のどちらかに◎がありますか。
代理人が連れてきた場合、保護者のサイン(保護者がフルネームをサインしてください)、代理人のサイン、代理人の続柄は全て記載されていますか。押印は不要です。
なお、保護者とは、親権者又は後見人であり、原則、被接種者の両親になります。祖父母等は代理人になりますので御注意ください。
- 12 予診票は、消えないペンで記入されていますか。
* 鉛筆や消えるペンで記入されたものは受付ができません。
- 13 【使用ワクチン名】にロットシールを貼付していますか。
- 14 接種年月日は記入されていますか。
- 15 接種医療機関名・医師名・医療機関コードは記入されていますか。
* ゴム印で可。ただし、鮮明に押印してください。
- 16 医師の記入欄(接種の可能・見合わせ欄等)を訂正した際は、訂正印を押していますか。

【実施報告書】

- 1 記入されている件数と各予防接種の予診票の枚数が合致していますか。
- 2 訂正箇所には訂正印が押されていますか。
* 訂正印にて件数等を訂正する場合は、様式右上部の院長名の横にも同一の押印が必要となります。
また、訂正印にて修正した報告書は FAX で受付することができませんので御注意ください。

予防接種予診票記入例



30三種混合

31おたふくかぜ

高松市 任意予防接種予診票

任意予防接種

整理番号 9999999999999999

(住所) 〒760 高松市
(氏名) 高松 太郎 様

接種期間が過ぎていませんか?
H30年4月2日生~H31年4月1日生
接種期限 令和7年3月31日まで
【チェックポイント④】

- 1 助成対象者 平成30年4月2日から平成31年4月1日の間に生まれた方
2 接種期間 令和6年4月1日から令和7年3月31日まで
3 持参するもの 予診票、母子健康手帳を必ず持参ください。
4 太線 ー のワク内だけ保護者の方が記入してください。

ボールペン

接種種類 (いづれかに) 1.三種混合 2.おたふくかぜ
受ける人の生年月日 平成 30年 08月 15日 (満 5歳 7か月)
保護者の氏名 高松 一郎
連絡先(電話番号) 087 - 839 - 2870

どちらかに〇がついていますか?
費用助成が受けられるのは、どちらか一方になります。
【チェックポイント②】

接種費用と助成額(1,500円)の差額を医療機関にお支払いください。

質問事項 回答欄 医師記入欄
診察前の体温 医療機関に備え付けの体温計で測って記入してください 36度8分
今日受けられる予防接種ワクチンについての説明文を読みましたか はい
あなたのお子さんの発育歴についておたふくかぜ
出生体重(g) 分娩時に異常(仮死など)がありましたか はい
出生後に異常がありましたか はい
乳児健診で異常があったといわれたことがありますか はい
今日、体に具合の悪いところがありますか はい
最近1か月以内に病気がありましたか はい
1か月以内に家族や遊び仲間に、麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜなどの病気の人がありましたか はい
1か月以内に予防接種を受けましたか はい
※三種混合ワクチンを希望される方のみ
今までに四種混合(DPT-IPV)ワクチンあるいは三種混合(DPT)ワクチンの予防接種を受けたことがありますか はい
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか はい
その病気の主治医に今日の予防接種の許可を受けていますか はい
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか はい
そのとき、熱がでましたか 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
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
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか はい
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか はい
※おたふくかぜワクチンを希望される方のみ
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(注) はい
今日の予防接種について質問がありますか はい

体温の記入はありますか?
37.4度以下ですか?
【チェックポイント⑤】

【おたふくかぜを接種する場合】
27日以内に他の注射生ワクチンを接種していませんか?
【チェックポイント⑥】

【三種混合を接種する場合】
定期接種で四種混合あるいは三種混合の一期追加の接種は終わっていますか?
一期追加接種後、6か月以上経過していますか?
【チェックポイント⑦】

「可能」若しくは「見合わせる」に〇がついていますか?
「医師のサイン」に、自筆のサイン若しくは印鑑の押印がありますか?(ゴム印のみは不可です)
【チェックポイント⑧】

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 ①可能 ②見合わせる <判断します。
保護者に対して、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、説明をした。
医師のサイン 保健 花子

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに
→ ①同意します ②同意しません
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。
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた人は、麻疹など予防接種の効果が十分に発揮されません。

保護者(親権者又は後見人)のサインは記入されていますか?
代理人が同伴する場合も、代理人のサイン、続柄と合わせて、保護者のサインが必ず必要となります。
【チェックポイント⑨】

使用ワクチン名(使用期限注意)

ワクチン名(lot No.)

G999

接種(皮下接種) 0.5ml

接種年 日 令和 06年 04月 10日

医療機関コード 3719999999

【実施場所】

保健所病院

接種医療機関-医師名

保健 花子

記入漏れはないですか?
【チェックポイント⑩】

ワクチンのロットシールを添付してください。
【チェックポイント⑩】