

令和6年度
定期予防接種（B類疾病）事業

事務手引き

（個別協力医療機関用）

新型コロナウイルス感染症予防接種

川 崎 市

目 次

1. はじめに	1
2. 新型コロナウイルス感染症予防接種	2
3. 対象者について	3
4. <例外措置>災害により居住地での接種が困難な場合	4~5
5. その他の条件について	6
6. 予防接種専門相談協力医療機関について	7
7. 使用ワクチンについて	8
8. 自己負担金の徴収	9
9—1. 予診票について(上段)	10
9—2. 予診票について(中段)	11
9—3. 予診票について(下段)	12
9—4. その他の予診票について	13
10. 委託料の請求・支払について	14~16
11. 請求明細書の記入方法	17
12. 間違い接種報告について	18
13. 副反応疑い報告について	19~20
14. 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項	21
15. 特例臨時接種からの変更点	22
16. 接種から請求までの流れ	23~24
<様式> 事業終了報告用 FAX 用紙	25

資料

～機能障害の程度(60~65歳未満の方)～	28~29
<様式>専門相談協力医療機関紹介状	30
自己負担金免除証明書類 見本	31~37
副反応疑い報告書様式	38~62
<参考>～健康被害救済制度(被接種者のための制度)～	63~64
問合せ先	65

1.はじめに

〈新型コロナウイルス感染症について〉

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）によって引き起こされる疾病です。ヒトからヒトへの伝播は咳や飛沫を介して起こり、特に密閉、密集、密接（3密）の空間での感染拡大が頻繁に確認されています。

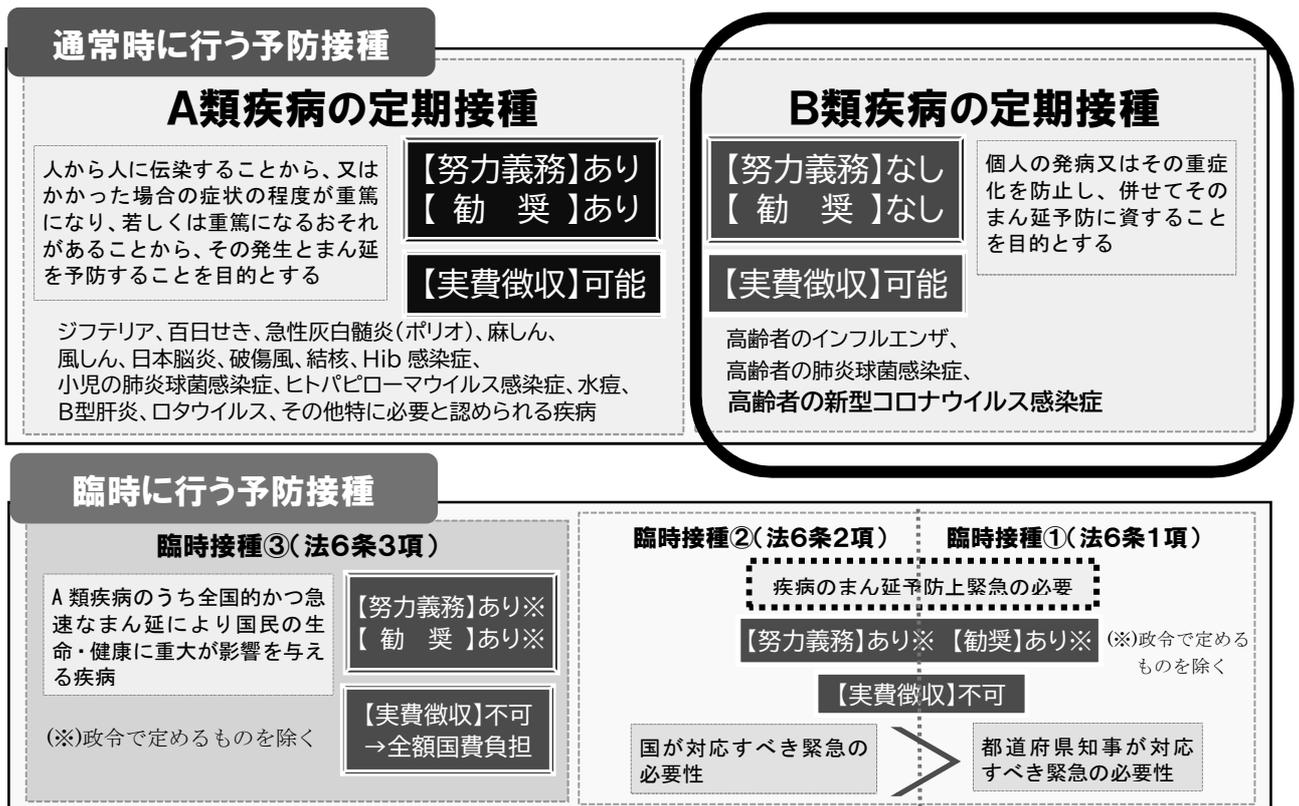
令和元年12月に中国武漢市で発見された新型コロナウイルス感染症は、全世界に急速に感染が拡大し、国内では令和2年1月に初めて感染者が確認されました。

令和3年2月から令和6年3月までの期間、予防接種法上の「特例臨時接種」として、全額公費負担によるワクチン接種が進められてきましたが、令和6年度以降は、疫学的状況の変化等により、まん延予防上緊急の必要があると認められる状況にないことから、法改正により「特例臨時接種」から「B類疾病の定期予防接種」へと移行されました。

定期予防接種は個別接種が原則であり、本市では委託契約により、市内医療機関の皆様により予防接種の実施を依頼しております。本市指定の方法で、安全かつ円滑に行われるようご協力をお願いいたします。

〈予防接種法における接種類型〉

定期予防接種とは予防接種法に基づき市町村が一定の対象者に対し定期的実施する予防接種のことを指します。集団予防に重点を置くA類疾病と個人予防に重点を置くB類疾病に分類されており、新型コロナウイルス感染症は「B類疾病の定期予防接種」に該当します。



2. 新型コロナウイルス感染症予防接種

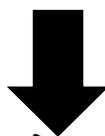
〈実施期間〉

令和6年10月1日から令和7年1月31日

〈接種回数〉

実施期間中に1回限り

※国の通知や購入したワクチンの説明書には、「過去にコロナワクチンの接種歴がない者にはおよそ4週間の間隔をおいて2回目接種を行うことができる」等の記載がありますが、このような初回接種の方につきましても2回目以降は定期接種の対象とはなりません。2回目の接種は任意接種となりますのでご注意ください。



いかなる場合であっても、定期接種実施期間中の
2回目以降の接種は定期接種に該当しません！

〈定期接種を終了する場合〉

各医療機関で実施期間よりも早く予防接種を終了する場合は様式(25頁)を用いて川崎市予防接種担当に連絡してください。申出の際にホームページへの掲載を希望している医療機関につきましては、市民が定期接種を終了していることに気づかずに、医療機関を訪れてしまうといったトラブルを防ぐためにも、特に早めの連絡をお願いいたします。

3. 対象者について

〈対象者〉※以下2つの条件を満たしているかを健康保険証や運転免許証等により、十分に確認してください。

① 住所 接種日時時点で**川崎市内に住民登録がある方**

② 年齢 I 接種日に**65歳以上の方**

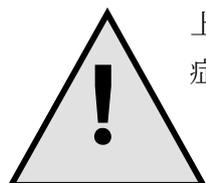
II 接種日に**60歳以上65歳未満の方**

- ・心臓、腎臓、呼吸器の機能障害（障害1級程度）を有する方
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（障害1級程度）を有する方

※機能障害の程度については28頁をご参照ください。

年齢条件②—IIに該当する方については**障害の有無を確認する必要があります。**

確認方法としては、本人持参の**身障1級の手帳**、また、手帳を所持していない方は、**医師の診断書等**を提示してもらい、28頁の障害の程度に当てはまるか確認を行ってください。



上記対象条件にあてはまっている方であっても、新型コロナウイルス感染症予防接種事業に基づく予防接種ができない場合があります。

- 接種を受ける本人の正確な意思確認ができない場合
- 接種不適当者に該当する場合

⇒6頁参照

4. 〈例外措置〉災害により居住地での接種が困難な場合

新型コロナウイルス感染症予防接種事業の対象は原則、川崎市民ですが、下記に指定されている市町村からの避難者であり、年齢要件を満たしている方については、例外的に本市の予防接種事業の対象となります。

窓口等で被災していることの証明の確認は必要ありません。被災者からの申出をもって予防接種を実施してください。

無料ではありません！

通常の定期接種と同様の条件で自己負担金の徴収または免除を行ってください。



予診票の記載方法が通常と異なります。⇒13頁参照

① 東日本大震災

「東日本大震災における原子力発電所の事故による災害に対処するための避難住民に係る事務処理の特例及び住所移転者に係る措置に関する法律」（特例法）によって指定されている市町村からの避難者であり、年齢条件を満たしている方については、定期接種の対象となります。

特例法による指定市町村

《福島県 13 市町村》

いわき市	田村市	南相馬市
川俣町	広野町	楡葉町
富岡町	大熊町	双葉町
浪江町	川内村	葛尾村
飯館村		

② 能登半島地震

「石川県能登地方を震源とする地震に伴う予防接種の取扱いについて」（厚労省 事務連絡 令和6年1月10日）により、標記災害によって居住地の長が実施依頼を行うことが困難な場合、被災者からの申出を以て居住地長からの予防接種実施依頼があったも

のとし、定期接種を実施することができます。適用となる被災者の居住地は、基本的に災害救助法の適用地域となります。

災害救助法適用市町村

《新潟県 14 市町村》

新潟市	長岡市	三条市
柏崎市	加茂市	見附市
燕市	糸魚川市	妙高市
五泉市	上越市	佐渡市
南魚沼市	三島郡出雲崎町	

《富山県 13 市町村》

富山市	高岡市	氷見市
滑川市	黒部市	砺波市
小矢部市	南砺市	射水市
中新川郡舟橋村	中新川郡上市町	中新川郡立山町
下新川郡朝日町		

《石川県 17 市町村》

金沢市	七尾市	小松市
輪島市	珠洲市	加賀市
羽咋市	かほく市	白山市
能美市	河北郡津幡町	河北郡内灘町
羽咋郡志賀町	羽咋郡宝達志水町	鹿島郡中能登町
鳳珠郡穴水町	鳳珠郡能登町	

《福井県 3 市町村》

福井市	あわら市	坂井市
-----	------	-----

5. その他の条件について

〈接種を受ける本人の正確な意思確認ができない場合〉

B類疾病の定期接種は、個人予防のために行うものであり、接種を受ける法律上の義務がなく、対象者が本人の意思と責任で接種を希望し、定期予防接種実施要領に定める周知事項に関する明示に同意した場合にのみ接種を行うことができます。

本人の意思確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、意思を確認することも差し支えありませんが、最終的に本人の意思を確認できない状態で接種を行った場合は定期接種の対象とはなりません。

〈予防接種不適合者・要注意者に該当する場合〉

接種医療機関及び接種施設において、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、「予防接種不適合者」又は「予防接種要注意者」について調べる必要があります。

予防接種不適合者



当日の接種は行えません！

予診の結果、異常が認められ、以下に該当する疑いがあると判断した場合は、当日は接種を行ってなりません。必要があるときは精密検査を受けるよう指示してください。

- ・ 明らかな発熱（37.5℃以上）を呈している者
- ・ 重篤な急性疾患にかかっている者
- ・ 新型コロナワクチン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
- ・ 上記のほか、予防接種を受けることが不適当な状態にある者

予防接種要注意者



予防接種の適否を慎重に判断！

予診の結果、以下に該当する疑いがあると判断した場合は、健康状態や体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、予防接種の必要性、副反応、有用性について十分に説明し、説明に基づく同意を確実に得てください。実施に関する判断が困難な場合は、予防接種専門相談協力医療機関（次頁参照）に相談することもできます。また、「ワクチン接種後に胸の痛み、動悸、息切れ、むくみといった心筋炎・心膜炎を疑うような症状がみられた場合は速やかに医療機関を受診すること」など、接種前に副反応についても十分に説明を行ってください。

- ・ 新型コロナウイルス関連の心筋炎・心膜炎の既往を有する者
- ・ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- ・ 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
- ・ 過去にひきつけ（けいれん）の既往のある者
- ・ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- ・ 接種液の成分に対してアレルギーを呈する恐れのある者

6. 予防接種専門相談協力医療機関について

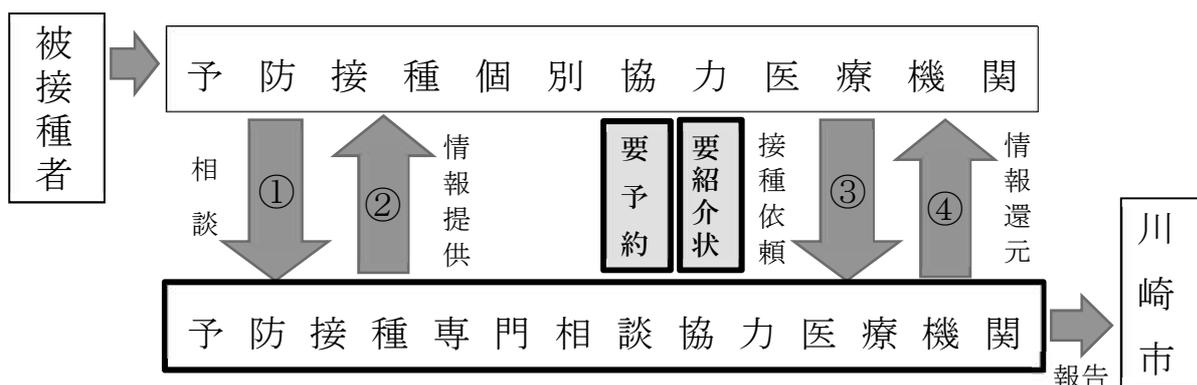
予防接種専門相談協力医療機関は定期接種の実施に際して副反応の発生を防止し、より安全な予防接種事業の推進に寄与することを目的として、「川崎市予防接種専門相談協力医療機関事業実施要領」に定められています。

B 類疾病予防接種専門相談協力医療機関

病院名	担当科	代表電話	受付曜日・時間
川崎市立川崎病院	内科	233-5521	要予約
日本医科大学武蔵小杉病院	内科	733-5181	要予約
帝京大学附属溝口病院	内科	844-3333	要予約
聖マリアンナ医科大学病院	健康診断センター	977-8111	要予約

※予防接種専門相談協力医療機関への紹介の場合、ご予約をお願いします。

〈専門協力医療機関業務内容〉



- ① 市内の予防接種個別協力医療機関は、予防接種要注意者について、定期予防接種の実施に関する判断が困難な場合、予防接種専門相談協力医療機関に相談することができます。
- ② 予防接種専門相談協力医療機関は接種に関する相談に応じ、予防接種個別協力医療機関に対して適切な指導を行います。
- ③ 予防接種専門相談協力医療機関は、予防接種個別協力医療機関等での接種が困難と思われる場合は、両者協議のうえ、予防接種要注意者を受け入れ、川崎市予防接種実施要領に基づき、定期接種を実施することができます。この場合、予防接種個別協力医療機関は予防接種専門相談協力医療機関あてに「紹介状」を送付する必要があります。(30頁)
- ④ 予防接種専門相談協力医療機関は、予防接種要注意者を受け入れるときは紹介元の予防接種個別協力医療機関に、相談結果及び処置内容を還元します。

7. 使用ワクチンについて

〈使用ワクチン〉

厚生労働省から使用ワクチン情報が発表され次第、別冊で提供いたします。

8. 自己負担金の徴収

新型コロナウイルス感染症は、個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれにより、そのまん延の予防に資するため予防接種を行う必要があると認められる疾病であり、予防接種については応分の受益者負担（自己負担金の支払い）をお願いしています。

〈自己負担金〉 3,000円

※接種時に各協力医療機関で徴収してください。

自己負担金の免除について

所得に応じて、自己負担金が免除となります。以下の対象者については、接種前に証明書類を確認した場合に限り、自己負担金を徴収せず無料で接種を行ってください。

 免除対象者であっても、自己負担金を支払って接種を行った場合、後から費用の払い戻しは行えません。必ず接種前に確認を行ってください。

- 【対象者】
- 生活保護世帯の方
 - 市県民税非課税世帯の方
 - 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に基づく支援の対象者の方

《証明書類》 ※いずれか1つ 各証明書の見本については31～37頁をご確認ください。

1. 生活保護決定通知書、又は被保護証明書
2. 介護保険料納入通知書【保険料段階が第1～4段階】（最新のもの）
3. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（有効期限内かつ最新のもの）
4. 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に基づく支援の本人確認証（有効期間内のもの）
5. 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に基づく支援給付受給証明書

 証明書として使用できないもの

- ・後期高齢者医療限度額適用認定証（標準負担額減額の記載のないものは使用できません）
- ・国民健康保険限度額適用認定証・標準負担額減額認定証
- ・非課税証明書 ⇒非課税証明書は世帯の課税状況が確認できないため証明書として使用できません。誤って案内すると発行手数料がかかること等からトラブルとなりますので、御注意ください。

上記の1～5を所持していない場合は、川崎市が発行する免除対象者予診票(13頁参照)を使用することもできます。上記1～5の書類をお持ちでない方が来られましたら、

川崎市予防接種コールセンター(044-200-0144)を御案内ください。

※発行まで2週間程度かかりますのでご注意ください。

9—1. 予診票について(上段)

川崎市 予防接種予診票 1枚目(川崎市提出用)
新型コロナウイルス感染症予防接種 ○

※必ず接種日の住民票の住所を記入してください。川崎市民でない方がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担になります。
21歳未満の接種日より前に川崎市以外の市町村に住民登録を移した場合は、住民登録のある自治体に申請をお願いします。

接種日の住所：川崎市 区		電話番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	医療機関記入欄 この欄に記入してください。 60～65歳未満の場合、 心臓・腎臓・呼吸器の機能 及びHIV感染症の障害 (身体障害者等級1級相当) 37.5度以上の場合は接種できません。
フリガナ	満()歳	
受ける人の氏名	男・女	有・無
		接種前の体温 度 分

①住所・氏名

生年月日

定期接種の対象者は接種日時点において川崎市に住民登録をしていることが要件となります。必ず接種日時点の住所の確認を行ってください。

また、氏名・生年月日が本人持参の健康保険証等と一致しているかの確認を必ず行ってください。

②自己負担

証明書類(31～37頁参照)を確認し、自己負担金免除の対象となる場合は「無」に「○」を付けてください。

③障害の有無

対象者の年齢が60歳以上65歳未満の場合、障害の有無(28頁参照)を確認し、該当する障害があれば「有」に「○」を付けてください。(心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスの1級程度の障害に限る)

※該当の障害が無い場合は定期接種の対象とならないので、ご注意ください。

④体温

医療機関にて測定した体温を記入してください。

※37.5℃以上の場合、予防接種不相当者(6頁参照)に該当するため、接種を行ってはいけません。

9—2.予診票について(中段)

予防接種の知識確認

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日、新型コロナウイルス感染症の予防接種について説明書を読みましたか	いいえ はい	
2 今日の子予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ はい	
3 現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい いいえ	
4 皮膚(投薬など)を受けていますか	はい いいえ	
5 その病気の主治医には、今日の子予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ はい	
6 臓器、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 ()	はい いいえ	
7 その病気を診てもらっている医師に今日の子予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ はい	
8 皮膚(けいれん)を起こしたことがありますか	はい いいえ	
9 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 いいえ	
10 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
11 具合の悪い症状を書いてください ()	はい いいえ	
12 質問以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
13 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか 直近(年 月 日)	はい いいえ	
14 (新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい いいえ	
15 (新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい いいえ	
16 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 ()	はい いいえ	
17 今日の子予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

健康状態
の確認

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の子予防接種は (可能・見合わせる) [医師署名]
本人と併せて、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。

医師記入欄

質問事項1・2 予防接種の知識確認

「いいえ」に回答がある場合は、市から配布する「予防接種を受ける方へ」を読んでもらってください。また、必要に応じて口頭による説明も行ってください。
その後、医師記入欄に「説明済み」・「理解」等の記入をしてください。

質問事項3～11 健康状態の確認

質問事項3～11の質問事項を用いて予診を行い、被接種者の健康状態を確認し、接種の適否を判断してください。
予防接種不適当者→接種を行ってはけません。(6頁参照)
予防接種要注意者→接種の適否を慎重に判断してください。(6頁参照)
※医師記入欄には予診で知り得た必要事項等を記入してください。

医師記入欄

予診の結果から、「可能」・「見合わせる」のどちらかに「○」を付けてください。
また、予診の際に予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度についての説明を行って下さい。
※医師署名欄は「署名」又は「ゴム印及び押印」を記してください。
ゴム印のみは認められませんのでご注意ください。

9—3. 予診票について(下段)

被接種者署名欄

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察・説明を受け、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、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、本予診票が市に提出されることに同意します。

[被接種者署名]

※被接種者が自筆できない場合は、代筆者が上記「被接種者署名」欄に被接種者本人の署名及び被接種者との続柄を記入すること。

代筆者署名
被接種者との続柄

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所	接種年月日
Lot No.	mL	医師名	年 月 日
<small>(注)有効期限が切れているか要確認</small>			

接種情報

被接種者署名欄

定期予防接種を行うためには、対象者が接種を希望していることが文書により明確に認められることが必要です。必ず被接種者から署名をもらってください！

署名が無い場合は書面上、本人の接種意思の確認が取れていないものとして、返戻する場合があります。

本人による署名ができない場合、家族等による代筆を認めています。その場合は「被接種者署名」に併せて、下段の「代筆者署名」及び「被接種者との続柄」への記入も忘れずに行わせてください。

接種情報

【ワクチンロット番号について】
接種後に使用したワクチンのロット番号シールを貼付してください。

【接種量について】
使用ワクチンに応じて投与した接種量を記入してください。

【実施場所・医師名・接種年月日について】
接種を行った医療機関・医師名・接種年月日を記入してください。
※判別できない場合、返戻する場合があります。
ゴム印・印鑑の使用も認めていますが、1～3枚目まで必ず押印してください。

予防接種済証の交付

接種後、予診票の記入が完了しましたら、被接種者に3枚目を接種済証として渡してください。

予診票 (3枚複写)

- 1枚目 川崎市提出用 : 委託料請求の際、請求明細書とともに
健康福祉局予防接種担当(新型コロナ)へ御提出ください。
- 2枚目 医療機関用 : 5年保存
- 3枚目 被接種者用 : 「接種後の注意」及び「予防接種済証」

9-4. その他の予診票について

その他の予診票のパターンをお示しします。請求の際に、他の請求と明細書を分ける必要はありません。(他の請求と一緒に請求してください)。

1. <自己負担金免除対象者用予診票>

免除対象者用予診票をお持ちの方に対しては、押印を確認の上、**無料**で接種を行って

ください。このように押印がされています。
有効期限にご注意ください！！

宛名シール

川崎市〇〇区〇〇
川崎 太郎

免除 健康福祉局 保健医療政策部予防接種担当
有効期限:令和 年 月 日~令和 年 月 日
Y24-2409

川崎市 予防接種予診票 1枚目(川崎市提出用)
新型コロナウイルス感染症予防接種

※必ず接種日の住民票の住所を記入してください。川崎市民でない方がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担になります。引越越し等で接種日より前に川崎市以外の市町村に住民登録を移した場合、住民登録のある自治体にお問い合わせください。

接種日の住所: 川崎市 区		電話番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	医療機関記入欄
フリガナ	満()歳	自己負担(有/無)
受ける人の氏名	男・女	有 無 (身体障害等級1級程度)
		37.5度以上の場合は接種できません。
		体温 度 分

自己負担については必ず「無」に○を付けてください！

60~65歳未満の場合は障害の有無についても忘れずに確認してください。

2. <被災地からの避難者への例外措置適用の予診票>

被災地からの避難者に対して定期接種を行う場合は通常の予診票をしますが、記載について2点注意点がありますので、ご注意ください。

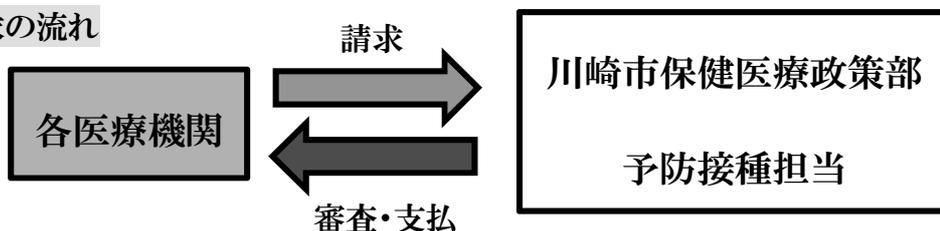
<予診票の記載> ※記載がない場合、支払対象外としてお返しする場合があります。

- ・予診票の右上に「**避**」と記載してください。
- ・「居住地の住所」と「避難先である滞在中の住所」の両方を必ず記入していただくようご案内ください。

なお、自己負担金は徴収してください。自己負担金免除の条件は川崎市民と同様です。

10. 委託料の請求・支払について

請求の流れ



1. 提出書類

- ① 請求明細書 ② 予診票

提出はそれぞれ**1枚目のみ**です。

※2枚目は医療機関で保管(5年保存)、3枚目は被接種者へ渡してください。



予診のみの場合は委託料の請求ができません。接種を行った場合のみ委託料をお支払いします。

2. 請求書類の提出先

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市 健康福祉局保健医療政策部 予防接種担当 (新型コロナ)

3. 請求書類の提出期限

毎月 10 日まで(当月の請求はできません)

当月に実施したものにつきましては、請求に含めないようご注意ください。

例 12月1日に実施したものを12月10日までの請求に含める。→

12月1日に実施したものを1月10日までの請求に含める。→



4. 請求の審査・支払い

川崎市が提出された書類を審査し、合格したものについて、委託料をお支払いします。委託料は、請求をいただいてから、約3か月後のお支払いを予定しています。

5. 支払い対象外の場合の再請求について

審査の結果、接種が規定外等の場合、原則、委託料はお支払いできません。

その場合、決定通知書と支払対象外一覧を送付しますのでご確認ください。

なお、予診票原本は返却しません。記入漏れ等を修正して再請求する際は、医療機関で保管する予診票の控えを修正し、そのコピーしたものを添付して、再請求してください。

〈支払い対象外となる規定外接種の例〉

理由	例
年齢対象外	接種日時時点で59歳の方に接種
市外在住者	川崎市民以外に接種 ※一部例外あり 4～5頁
期限切れ ワクチン使用★	令和6年12月10日が期限のワクチンを令和6年12月20日に使用
前年度ワクチン使用★	令和5年度のワクチンを使用
ワクチン種類間違い★	コロナワクチン希望者に肺炎球菌ワクチンを接種。
接種量間違い★	規定量を超える、あるいは満たない量を接種
記入漏れ	医師の署名、実施場所等の記載なし

※規定外接種の内容によっては、間違い報告を行う必要のある場合があります。

※★の付いているものは重大な健康被害につながるおそれのある間違いとなりますので、接種の際には十分に注意してください。

〈よくある支払対象外事例〉 ご注意ください！

重複接種

定期接種は期間内に1回限りですが、対象者が誤って2回目の接種に訪れる場合があります。この場合、接種を行うと重複接種のため支払対象外となります。接種前に被接種者本人もしくは医療機関の接種記録等から確認を十分に行ってください。

市民非該当

定期接種は接種日時時点で川崎市に住民登録をしている必要がありますが、元々川崎市民であった方が他都市へ転居後に、誤って接種に訪れる場合等、接種後に市民非該当であることが判明する事例があります。この場合、接種を行うと市民非該当のため支払対象外となります。接種前に健康保険証等の公的な身分証明書類や被接種者への聴取により住所の確認を十分に行ってください。

年齢対象外

60～65歳未満の方で定期接種の対象となるのは心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害1級程度を有している方が対象となります。障害手帳等により、障害・程度を確認した上で予診票の障害の有無に「有」と記載してください。記入漏れがある場合も支払対象外となってしまうため、ご注意ください。

上記事例について、法に基づく定期接種とは認められず、原則、支払対象外として請求を返戻します。しかし、十分なご対応をいただいた上で医療機関では防ぎようのないやむを得ないケースについて、例外的に、委託料をお支払する場合がありますので、疑義がある場合は個別にご相談ください。例外的に支払いがされた場合でも、予防接種法上の健康被害救済制度の対象とはならないためご注意ください。

〈任意接種について〉

任意接種とは被接種者（あるいはその保護者）と接種医の相談によって判断し、予防接種法に基づかずに行われる予防接種のことをいいます。

定期接種の対象者に該当しない方や定期接種の期間外に接種を希望する方に対して行った接種につきましては、任意接種として取り扱われます。

任意接種の費用は**被接種者の全額自己負担**となります。定期接種の対象とならない方が接種を希望して医療機関を訪れた際には、接種前に全額自己負担となる旨のご説明をさせていただきますようお願いいたします。

任意接種による健康被害につきましては、予防接種法ではなく、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）法によって救済されます。

11. 請求明細書の記入方法

請求の際に提出するのは、右上に**1枚目(川崎市提出用)**と記載のある**1枚目のみ**ですのでご注意ください。
 ※2枚目は医療機関控えとなります。

令和6年度 新型コロナウイルス感染症予防接種委託料請求明細書

(宛先) 川崎市長

予防接種を行った年月
を記入してください。

令和____年____月____日

医療機関コード

協力医療機関所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____

印

令和____年____月中における予防接種委託料を次のとおり請求します。

新型コロナウイルス感染症

種別	自己負担	人数	単価 (税込)	金額
○○	自己負担あり		○○○○	
	自己負担なし		○○○○	
△△	自己負担あり		○○○○	
	自己負担なし		○○○○	
□□	自己負担あり		○○○○	
	自己負担なし		○○○○	
◇◇	自己負担あり		○○○○	
	自己負担なし		○○○○	
☆☆	自己負担あり		○○○○	
	自己負担なし		○○○○	
計				

ゴム印でも構いません。
1枚目に代表者の押印
をしてください。

自己負担金が免除になる
場合(9頁)はこちらに
記入。

人数に単価を掛けた金額
を記入してください。

12. 間違い接種報告について

〈予防接種の間違いとは〉

予防接種関係法令、定期接種実施要領等に基づいていない誤った用法、用量でワクチンを接種した・有効期限の切れたワクチンを接種した・接種間隔を誤った等、適切でない方法で予防接種を実施したことを指します。

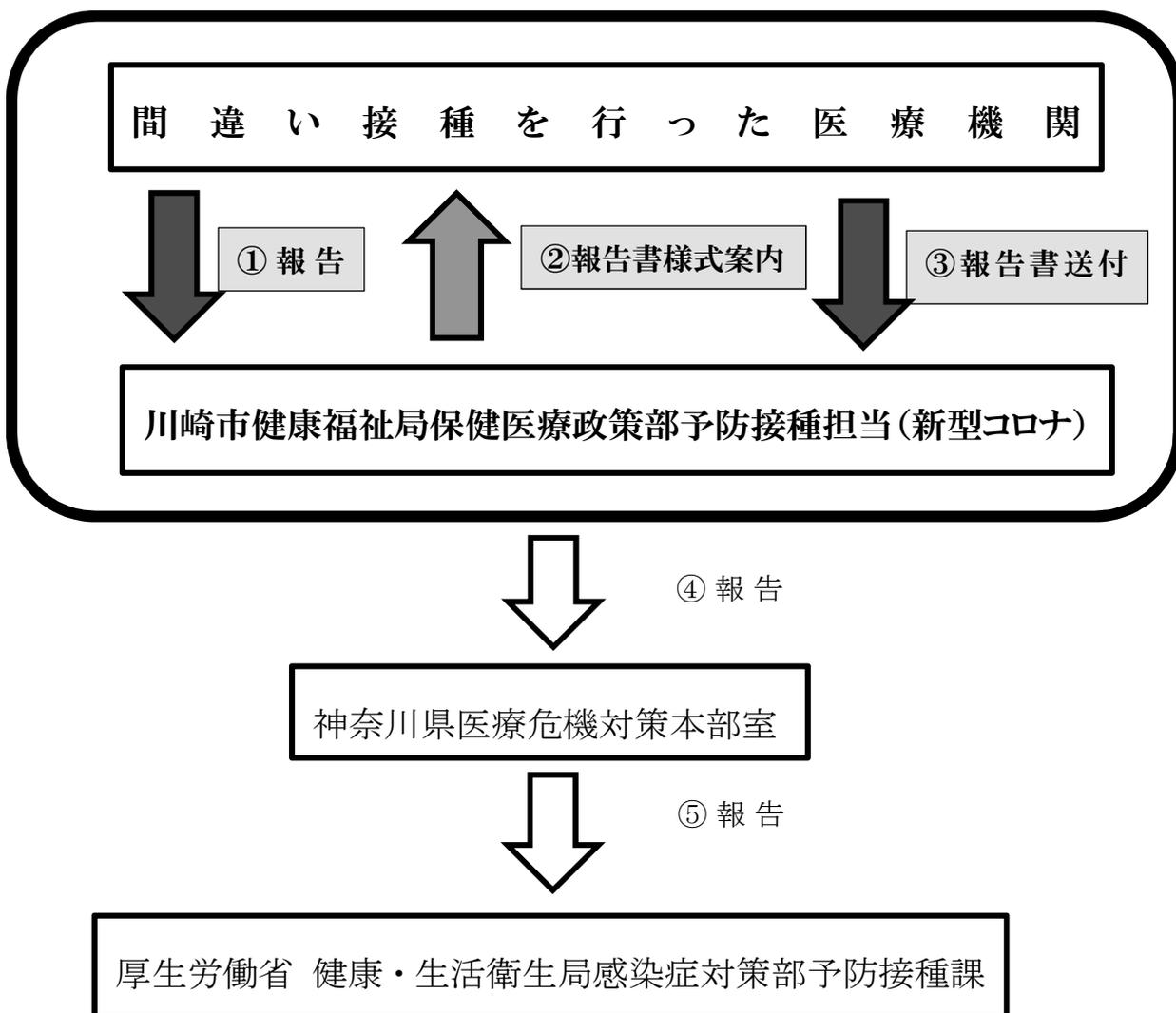
この場合、速やかに川崎市健康福祉局保健医療政策部予防接種担当(新型コロナ)に連絡し、報告書を提出する必要があります。

※間違い接種が発生した場合は被接種者に連絡を取り、事情を説明するとともに抗体検査、再接種等の適切な対応を取ってください。

※報告書を送付する際には、被接種者の予診票の写しも併せて送付してください。

※間違い接種の場合であっても予診票は廃棄せず、保管してください。

〈フローチャート〉



13. 副反応疑い報告について

医療機関は、被接種者が、予防接種を受けたことが原因と疑われる予防接種法施行規則第5条に規定する症状（下段参照）を呈していると知ったときは、速やかに電子報告システムによりPMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)への報告が必要です。

◎電子報告システム利用方法

PMDA ホームページの「報告受付サイト」へアクセスし、新規登録してアカウントを作成し、ログインしてご利用ください。WEB上で副反応疑い報告を行えます。

The image shows a screenshot of the PMDA website. The top navigation bar includes 'PMDAのトップページ' and the URL <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>. The main content area features a large banner for the 'Report Reception Site' (報告受付サイト) with a red box highlighting the link. An arrow points from this box to a detailed view of the 'Report Reception Site' page, which includes a 'Report Reception Site' button and a 'Login Page' button.

※サイトからの報告が困難な場合は、FAX(0120—176—146)による報告も受け付けています。FAXによる報告の場合、報告に使用する書類は可能な限り「予防接種後副反応疑い報告書入力アプリ」を用いてパソコンの画面上で作成した「予防接種後副反応疑い報告書（様式2）」（41頁参照）をご利用ください。

アプリでの作成が難しい場合は、38頁にあります「予防接種後副反応疑い報告書（様式1）」を印刷し、54～62頁にある記入要領をご確認の上、ご利用ください。

（アプリダウンロードURL）<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

※診断した症状がギラン・バレ症候群、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、血栓症（TTS）、心筋炎又は心膜炎と疑われる場合、様式1に加えて、それぞれ専用の調査票の作成も必要です。（43～53頁参照）（心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合にあつては、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成）。

◎対象となる疾病

下記表（予防接種法施行規則第5条抜粋）に掲げる症状であって、接種から掲げる期間内に確認された疾病について報告が必要となります。

症状	期間
アナフィラキシー	4時間
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。）	28日
心筋炎	28日
心膜炎	28日
熱性けいれん	7日
その他医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの（*）	予防接種との関連性が高いと認める期間

*新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があります。以下の症状については当該規定による副反応疑い報告を積極的に行うよう検討するとともに、これら以外の症状（遅発性の症状又は遷延する症状を含む。）についても必要に応じて報告を検討していただきますようお願いいたします。

けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、関節炎、脊髄炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)

（令和6年3月29日付け感発0329第6号・医薬発0329第39号厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長・厚生労働省医薬局長連盟通知）

◎新型コロナワクチン副反応協力医療機関

新型コロナワクチン接種後に副反応が出た場合、接種医やかかりつけ医への受診・相談を一時対応としていますが、**専門的な治療が必要となる場合は**、以下の新型コロナワクチン副反応協力医療機関（副反応に対応する医療体制を確保するために神奈川県が協力を依頼している専門的な医療機関）へ相談・紹介を行ってください。

(川崎北部) 聖マリアンナ医科大学病院	メディカルサポートセンター 電話番号 044-977-8111 受付時間 平日9時～16時
(川崎南部) 川崎市立川崎病院	患者総合サポートセンター 電話番号 044-246-1289 受付時間 平日8:30～17:00

※新型コロナワクチン副反応協力医療機関の連絡先について一般には公開しないでください。

14. 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項

定期接種の対象者が寝たきり等のため、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合は、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がされた場合に限り、当該対象者が生活の根拠を有する自宅や入院施設等において接種を実施して差し支えないこととされています。

〈医療機関以外の場所で接種を実施する際の注意事項〉

(1) 安全基準の遵守

医療機関以外の場所での予防接種の実施については、被接種者に副反応が起こった際の応急対応を可能にするために、以下の安全基準を確実に順守すること。

① 経過観察措置

予防接種が終了した後、短時間のうちに被接種者の体調に異変が起きた場合、その場で応急治療等の迅速な対応ができるよう、接種を受けた者の身体を落ち着かせ、接種を行った医師、接種にかかわった医療従事者が接種を受けた者の身体の状態を観察できるように、接種後ある程度の時間は接種会場に留まらせること。また、被接種者の体調に異変が起きた際に臥床することが可能なベッド等を準備すること。

② 応急治療措置

被接種者にアナフィラキシーやけいれん等の重篤な副反応がみられた場合、応急治療が行えるよう救急処置用品（血圧計、静脈路確保用品、輸液、エピネフリン、抗ヒスタミン剤、抗けいれん剤、副腎皮質ステロイド剤等の薬液、咽頭鏡、気管内チューブ、蘇生バッグ等）を準備すること。

③ 救急搬送措置

被接種者に重篤な副反応がみられた場合、速やかに医療機関における適切な治療が受けられるよう、医療機関への搬送手段を確保すること。

(2) 副反応が発生した場合の連絡先

接種後に接種局所の異常反応や体調の変化が生じた際の連絡先として、接種医師の氏名及び接種医療機関の連絡先を接種施設に掲示し、又は印刷物を配布することにより、被接種者本人等に対して確実に周知すること。

(3) 実施計画の策定

予防接種の実施計画の策定にあたっては、予防接種を受けることが適当でない者を確実に把握するために、特に十分な予診の時間を確保できるよう留意してください。

(4) 予防接種を受けることが適当でない状態の者への注意事項

予診を行う際は、予防接種を受けることが適当でない状態等についての注意事項を接種場所に掲示、又は配布等を行い、被接種者本人等から健康状態、既往症等の申出をさせる等の措置をとり、接種を受けることが不適当な者の発見を確実に行ってください。

【予防接種を受けることが適当ではない状態の方】

6 頁「予防接種不適当者」参照

15. 特例臨時接種からの変更点

令和6年度以降の定期接種と、令和5年度までの特例臨時接種における運用において、以下4点の主な変更がありますので、ご注意ください。

〈1. 接種券について〉

特例臨時接種では、接種の際に市が発行する接種券が必要でしたが、令和6年度以降は、接種券の発行は行いません。接種の際は、**訪れた方が定期接種の対象者であることを十分ご確認ください**の上で、接種を行うようお願いします。

〈2. ワクチンの調達〉

特例臨時接種では国がワクチンを一括して注文し、県・市を通じて医療機関へ供給を行ってきましたが、令和6年度からの定期接種では、**各医療機関が直接、薬剤師から調達していただく**運用となります。ワクチン代金は、接種委託料に含めてお支払いします。

〈3. 接種期間・回数〉

特例臨時接種では、国が定めた期間ごとに規定された回数の接種を行う必要がありましたが、令和6年度からの定期接種では、過去の接種履歴に関係なく、年度の期間中に1回限りの定期接種が可能となります。

【接種期間・回数】

令和6年10月1日から令和7年1月31日の期間に1回

※初回接種について・・・過去にコロナワクチンの接種歴が1度もない初回接種の方につきましては、国やワクチンの説明書では4週間の間隔で2回接種を行うことは差し支えないとされておりますが、この場合でも、定期接種として打てるのは1回限りとなります。

〈4. 川崎市民外への接種不可〉

特例臨時接種では、住所地外での接種も制度の対象とされてきましたが、令和6年度からの定期接種では、原則、住所地内の接種のみが認められており、住所地外の接種は制度の対象とはなりません。**川崎市に住民登録をしていない方への接種は、定期接種の対象とはならず、任意接種(全額自己負担)**となり、委託料の支払いもできませんので、ご注意ください。

16.接種から請求までの流れ

1 対象者の確認

定期接種の対象者条件に該当するかどうかについて、健康保険証や運転免許証等の本人確認書類により、3頁の対象者の要件を満たしているかを確認してください。

60歳以上65歳未満の場合は、身体障害者手帳や診断書等により、28頁の障害の状況・程度に該当するかどうかを確認してください。

2 接種の意思の確認

「新型コロナワクチン予防接種を受ける方へ」（予防接種の説明書）等を用いて、新型コロナワクチン予防接種の必要性、副反応、有用性等について十分説明し、接種を希望した者のみに接種を行ってください。

対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認して差し支えありませんが、意思の確認ができない場合は、接種してはいけません。接種を希望していることが明確に認められる場合に限り、定期予防接種として接種を行うことが可能です。

3 予診

予診票に必要事項を記入してもらい、十分に予診を行ってください。

予診の結果、予防接種を受けることが適当でない者には、当日の接種を行ってはなりません。

予防接種を行うに際して注意を要する者に接種を行う場合は、接種を希望する意思を確認した上で、説明に基づく同意を確実に得てください。

4 接種

予防接種法関係法令、定期接種実施要領及びワクチンの添付文書等に従い、定められた用法・用量を遵守し、接種時の事故防止に万全を期した上で、接種を実施してください。

新型コロナワクチンは他のワクチンとの接種間隔に制限はなく、医師が特に必要と認めた場合は同時接種が可能です。

5 費用の徴収・予防接種済証の交付

被接種者から自己負担金を徴収してください。自己負担金が免除になる場合があるため注意してください。

被接種者に、予診票3枚目の予防接種済証を、接種日・接種部位・接種場所等記載の上、交付してください。

6 接種委託料の請求

接種月の1カ月単位で取りまとめ、翌月の10日（10日が休日の場合は翌開庁日）までに、川崎市健康福祉局保健医療政策部予防接種担当（新型コロナ）へ委託料の請求を行ってください。

7 定期予防接種事業の終了

各医療機関で実施機関よりも早く予防接種を終了する場合は様式（25頁）を用いて川崎市予防接種担当に連絡してください。申出の際にホームページへの掲載を希望している医療機関につきましては、市民が定期接種を終了していることに気づかずに、医療機関を訪れてしまうといったトラブルを防ぐためにも、特に早めのご連絡をお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症予防接種の受付(予約)を終了する際は電話、またはこちらの様式を用いて FAX で川崎市予防接種担当(新型コロナ)に報告してください。また、申出の際にホームページへの掲載を希望された医療機関につきましては、市民が定期接種を終了していることに気づかずに医療機関を訪れてしまうといったトラブルを防ぐためにも、特に早めの連絡をお願いいたします。

健康福祉局保健医療政策部予防接種担当(新型コロナ) 行

FAX 044-200-1065

令和____年____月____日

新型コロナウイルス感染症予防接種の受付(予約)を
令和____年____月____日に終了しました。

医療機関

所在地： _____

名 称： _____

コード： _____

メール： _____

電 話： _____ FAX： _____

連絡欄

健康福祉局保健医療政策部予防接種担当(新型コロナ)

電 話 044-200-1220

FAX 044-200-1065