

千葉県高齢者带状疱疹予防接種事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、市長が実施する高齢者带状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）の実施に関して必要な事項を定め、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

（実施主体）

第2条 実施主体は、千葉県とする。

（実施方法）

第3条 市長が一般社団法人千葉県医師会及び医療機関と委託契約を締結し、原則として個別接種により行うものとする。

（対象者）

第4条 予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく予防接種の対象者は、本市に住民登録がある者であって、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者とする。

（1）65歳の者。ただし、令和7年4月1日から令和12年3月31日までの間においては、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者。

（2）令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間においては100歳以上の者。

（3）60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定める者。

2 前項の規定にかかわらず、带状疱疹予防接種として生ワクチンの接種を1回又は不活化ワクチンの接種を2回受けたことのある者は予防接種の対象外とする。

3 接種回数は、一人につき、生ワクチン1回又は不活化ワクチン2回とする。

（協力医療機関）

第5条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種を受けるものとする。

2 協力医療機関は、「千葉県高齢者带状疱疹予防接種の手引き」及びワクチンの添付文書の記載事項並びに予防接種関係法令を順守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

（予診票）

第6条 対象者は、市長の指定する带状疱疹予防接種予診票（様式第1号）を使用するものとする。

2 協力医療機関は、前項の予診票を月ごとに取りまとめ、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(自己負担)

第7条 予防接種を受けた者（以下「被接種者」という。）は、自己負担金（以下「負担金」という。）として、生ワクチンの場合4,000円（消費税及び地方消費税を含む。）、不活化ワクチンの場合1回あたり10,000円（消費税及び地方消費税を含む。）を協力医療機関に支払うものとする。

2 負担金の免除に関する事項は、千葉市予防接種自己負担免除実施要領に定める。

(償還払いの特例)

第8条 接種費用の償還払いに関する事項は、千葉市予防接種費用償還払い実施要領に定める。

(副反応の報告)

第9条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、「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（平成25年3月30日付健発0330第3号、薬食発0330第1号）」に基づき、速やかに所定の様式又は専用の報告用サイトにて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告するものとする。

(事故防止等)

第10条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。

2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(健康被害に対する措置)

第11条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、法により救済手続きを行う。

(その他)

第12条 この要綱に定めのない事項については、「千葉市高齢者带状疱疹予防接種の手引き」、ワクチンの添付文書及び予防接種関係法令の規定に準じる。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(様式第1号)

【千葉市】 带状疱疹予防接種予診票

フリガナ		男・女	電話	-	-
氏 名					
住 所	千葉市 区				
生年月日	大正 昭和 年 月 日生 ()歳	本日の体温	度 分		

本線の中を記入してください

質 問 事 項		回答欄		医師記入欄
带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	
(今回の接種が2回目の場合)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。 ※ワクチンの種類は①生ワクチン、②不活化ワクチン、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		
今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか(まだの方は必ずお読みください)			はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名()		はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか 病名()		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか		いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか ※免疫が低下している方は、生ワクチンを接種できません。		はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください()		はい	いいえ	
薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか		はい	いいえ	
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。予防接種の種類()		はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは()歳頃		はい	いいえ	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか 病名()		はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:		はい	いいえ	
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。		はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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 (ゴム印の場合は押印してください)
-------	--

被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 (生ワクチンの接種を希望します ・ 不活化ワクチンの接種を希望します ・ 予防接種を希望しません)。 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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。 令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:) (※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)	
--	--

メーカー名 Lot No.	接 種 量 生ワクチン 皮下接種 0.5ml	接 種 量 不活化ワクチン 筋肉内接種 0.5ml	医療機関名 接種医師名	
有効期限 年 月 日				
接種年月日 年 月 日				

(切り取り)

【千葉市】 带状疱疹予防接種(医療機関控)

- 1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名 Lot No. _____

(切り取り)

【千葉市】 带状疱疹予防接種済証(本人控)

- 1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 年 月 日
4 メーカー名 Lot No. _____

医療機関名
接種医師名