

福山市高齢者インフルエンザ

予防接種実施要領

2025年度（令和7年度）

（2025年（令和7年）9月8日改定）

（2025年（令和7年）12月25日改定）

目 次

1 予防接種の種類	P 1
2 実施期間	
3 接種の場所	
4 対象者の確認	
5 接種の回数	P 2
6 予防接種料金（個人負担金）	
7 予診の方法	P 3
8 接種不適当者及び接種要注意者	
9 予診票への署名について	
10 施設入所者について	P 4
11 他の予防接種との接種間隔	
12 高齢者インフルエンザ予防接種に使用するワクチン等について	
13 予防接種の実施	
14 予防接種後副反応疑い報告書について	P 5
15 予防接種に係る間違いの防止について	
16 他市町村住民の接種について	P 6
17 予防接種の実施報告について	P 7
18 その他	P 8
19 資料等	

福 山 市

1 予防接種の種類

高齢者インフルエンザ予防接種

インフルエンザは予防接種法のB類疾病に位置づけられ、その予防接種は個人予防に比重をおいて行うものであり、集団発生を防ぐものではありません。接種を受ける法律上の義務はなく、対象者が自らの意思で接種を希望する場合にのみ予防接種を行うものです。

2 実施期間

2025年（令和7年）10月1日（水）～2026年（令和8年）1月31日（土）

※高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種とは実施期間が異なりますので、ご注意ください。

3 接種の場所

実施協力医療機関（個別接種）

接種を希望する者が寝たきり等の理由から、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、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なされた場合に限り、準回診療として当該医療機関に所属する医師により対象者の自宅、入所施設、入院施設等で予防接種を実施することは差し支えありません。

なお、上記の医療機関以外の場所で接種を実施する場合には、国が定める「定期予防接種実施要領」の「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」の記載内容に順じ、必要な安全措置を実施してください。

4 対象者の確認

対象者は、福山市に住民票のある人で、次の①②のいずれかに該当し、本人による接種希望の意思確認が得られた者とします。なお、接種前には接種を希望する者から、次に掲げる【本人確認書類】の提示を求めるなど、年齢及び住所等から対象者であることを慎重に確認してください。

年齢は、接種日時点のものとします。

① 65歳以上の者

② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有する者（身体障がい者手帳おおむね1級に相当する程度。肢体・視覚・聴覚障がいなどは除く。）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がいを有する者：資料①「機能障がいの程度」に該当することを次の（ア）～（ウ）いずれかの方法により確認した後、接種を行ってください。

（ア）機能障がいを診てもらっている医師による確認

（イ）身体障がい者手帳による確認

（ウ）機能障がいを診てもらっている医師の意見書・診断書による確認

【本人確認書類】

マイナンバーカード、各種健康保険資格確認証等、運転免許証又は住民票などの住所・年齢を確認できる書類

5 接種の回数

1人につき1回とします。

6 予防接種料金（個人負担金）

- ・ 1件につき1,600円とします。
- ・ 次のいずれかの【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。
※【証明書】の写しの提出は不要です。予診票の確認項目欄へ記入してください。（記入例I参照）
- ・ 予防接種を行った際に徴収した個人負担金の領収書は、実施協力医療機関がそれぞれの定める様式（レシート等）により発行してください。

【個人負担金免除者】	【証明書】
① 市民税非課税世帯の世帯員	<p>Ⓐ 介護保険料決定通知書、又は特別徴収額決定通知書 (所得段階が01～03段階に限る。) ※できるだけ「介護保険料決定通知書兼納入通知書兼特別徴収開始通知書」(7月送付)を証明書としてご活用いただけますよう患者様への周知をお願いします。</p> <p>又は</p> <p>Ⓑ 後期高齢者医療資格確認書 (限度区分の欄に「区I」又は「区II」と記載されており、接種日時点で有効なものに限る。) ※対象者の同意を得て、マイナンバーカードのオンライン資格確認で上記の資格確認ができた場合、原本の提示を省略することができます。 「国民健康保険資格確認証」、「国民健康保険医療限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「介護保険負担限度額認定証」は対象外。</p> <p>又は</p> <p>Ⓒ 市民税非課税世帯の証明書（医療機関用） (接種日時点で、有効なものに限る。)</p>
② 生活保護法による生活保護受給者	Ⓓ 休日・夜間等受診票 (接種日時点で、有効なものに限る。)
③ 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よる支援給付受給者	Ⓔ 写真付の本人確認証 (接種日時点で、有効なものに限る。)

※以降、①②③の個人負担金免除者を「低所得者」とします。

※A～Eの資料は、別で見本を作成しておりますので、ご活用ください。

7 予診の方法

- (1) 接種前診察（問診、検温、視診、聴診等）は全員に実施してください。対象者が自宅等で検温している場合でも、医療機関において再度検温してください。
- (2) 予診票の医師の署名又は記名押印欄は、接種を行った医師が自筆で記入してください。ゴム印等で記名する場合は、医師の押印を行ってください。（実施医療機関名等の記入欄への記名については、ゴム印可）

8 接種不適当者及び接種要注意者

- (1) 接種不適当者（接種を受けることができない者）

次の各号に掲げる者は、予防接種を受けることができません。

- ① **接種当日、明らかな発熱（予診時の体温が37度5分以上であることを指す。）を呈している者**
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ 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者
- ④ インフルエンザの予防接種後、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
- ⑤ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※接種不適当者に予防接種を行った場合、当該予防接種は市が実施する高齢者インフルエンザ予防接種の対象になりません。

- (2) 接種要注意者（接種の判断を行うに際し、健康状態及び体質を勘案し、注意して接種する者）

- ① 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障がい等の基礎疾患有する者
- ② インフルエンザ以外の予防接種で接種後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
- ③ けいれんの既往のある者
- ④ 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
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

なお、接種要注意者の場合、対象者の健康状態及び体質を勘案して慎重に接種の可否を判断し、予防接種を行う際には対象者に対して、改めて予防接種の効果や副反応などについて適切な説明を行い、対象者が十分に理解したうえで接種希望であることを確認し、文書による同意を確実に得る必要があります。

9 予診票への署名について

B類疾病の予防接種は、接種を受ける法律上の義務がないため、対象者本人の意思で接種を希望していることを確認する必要があります。よって、対象者本人の意思確認を確実に行い、予防接種の実施に関して文書による同意を得た場合に限り予防接種を実施することができます。

- ① 予防接種の実施に当たっては、事前に説明書等により、有効性、接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について適切な説明を行い、対象者がその内容を十分に理解したことを確認してください。
- ② 対象者は、医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に署名することになります。予診票に署名しなければ接種を行うことはできないので注意してください。

- ③ 対象者の意思を確認することが困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者の意思を確認することは認められますが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、予防接種法に基づいた予防接種を行うことはできません。
 - (ア) 対象者が署名できる場合：「本人署名」欄に署名します。（記載例は、記入例Ⅱ）
 - (イ) 対象者が署名できない場合：代筆者が「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入します。（記載例は、記入例Ⅲ、代筆者については、資料②「代筆について」を参照）
- ④ 視覚障がい者等における予診票の記入について
 - (ア) 予診票の「本人署名」欄に対象者が署名しがたい場合、代筆で対応してください。なお、「本人署名」欄以外の予診票の「住所・名前・生年月日・年齢・電話番号・性別」及び「質問事項」等については、聞き取りをして実施協力医療機関の従事者等が記入しても構いません。
 - (イ) 代筆によりがたい場合は、市の予防接種担当課に別途協議するものとします。

1.0 施設入所者について

施設入所中の対象者については、施設長の判断で一律的に接種を行うのではなく、明確に対象者の意思を確認したうえで接種をすることになります。

1.1 他の予防接種との接種間隔

高齢者インフルエンザのワクチンは、不活化ワクチンのため、異なるワクチンの接種間隔に関しては規定がありません。

1.2 高齢者インフルエンザ予防接種に使用するワクチン等について

- ① 本事業で使用するワクチン及び接種用具等（以下「ワクチン等」という。）は、医療機関が任意の卸業者から直接購入してご用意ください。
- ② 予診票及び予防接種済証は、昨年度の接種実績を参考に実施要領とともに送付しています。追加が必要な場合は、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、ご利用ください。また、保健予防課へご連絡いただければ郵送します。

1.3 予防接種の実施

- ① ワクチン等の使用に当たっては、正しいワクチンの種類、有効期限内であること及び異常のないことを確認してください。
- ② インフルエンザHAワクチンを1回皮下に0.5ml注射します。
- ③ 接種部位は、通常「上腕伸側」とします。
- ④ 予診票は、市が配付する所定のものを使用してください。
- ⑤ 接種後は、予診票にワクチンメーカー名・ロット番号・接種量・実施医療機関名・医師名・接種年月日を記入してください。ワクチンメーカー名・ロット番号欄の記入に代えて、ロット番号が記載されたシールを貼付しても構いません。
- ⑥ 接種後は、「高齢者インフルエンザ予防接種済証」を交付してください。

1 4 予防接種後副反応疑い報告書について

予防接種に起因する疑いのある、重い副反応を診断した場合は、直ちに「予防接種後副反応疑い報告書」（資料③-2）及び「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」（資料③-2の裏面）を記入し、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の場合、資料③-3「急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票」を、ギラン・バレ症候群（GBS）の場合、資料③-4「ギラン・バレ症候群（GBS）調査票」を併せて報告してください。FAXで報告する場合、資料③-1また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「予防接種後副反応疑い報告書」を独立行政法人医薬品医療機器総合機構（FAX:0120-176-146）へ提出してください。また、電子報告システム（URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）から報告することも可能です。（市への提出は不要）記入・作成に当たっては「予防接種後副反応疑い報告書記入要領」（資料③-1）を参照してください。

1 5 予防接種に係る間違いの防止について

法令やワクチンの添付文書の説明等を守らずに予防接種を実施したことによって健康被害が生じたときには、接種を行った医師や医療機関の責任を問われる場合があることに留意してください。

予防接種に係る間違い発生時の対応について

誤った用法用量での接種や有効期限切れワクチンの接種など、予防接種に係る間違いが発生した場合は、速やかに間違いの概要を保健予防課へ電話で報告するとともに、「予防接種に係る誤接種報告書」（資料④）をご提出ください。また、被接種者への説明及び健康観察等の対応をお願いします。報告後の処理は、改めて保健予防課から連絡します。

なお、2013年（平成25年）4月1日より厚生労働省の定期接種実施要領において、重大な健康被害につながる恐れのある予防接種の間違いについては、市を通じて国に報告することが義務付けられています。

1 6 他市町村住民の接種について

福山市民以外の予防接種については、原則、「広域予防接種券」又は「予防接種依頼書」が必要となります。住所を確認して実施してください。

詳細は次の表のとおり。

被接種者	被接種者 の提出書類	接種料金	被接種者 の負担	使用する ワクチン	請求・報告先
広島県内の住民					
広域化予防接種事業参加市町の住民	(※) 予防接種券 (高齢者インフルエンザ)	住民票のある市町が定めた料金	[患者負担額]の金額 (予防接種券に記載)	医療機関 が購入	予防接種券に記載されている「患者負担額」の欄の金額を徴収、予防接種券、予防接種請求書を国保連に提出 ※福山市への報告は不要
広域化予防接種事業に未参加市町の住民	医療機関宛 又は 自治体宛 の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)		被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要
広島県外の住民					
	医療機関宛 又は 自治体宛 の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)	医療機関 が購入	被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町村へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要

(※) 予防接種券の取り扱いができる医療機関は、広島県広域化予防接種事業受託医療機関に限ります。

(1) 注意点

- ① 広域化予防接種受託医療機関として予防接種の実施を希望される医療機関は、広島県医師会地域医療課 (Tel: 082-568-1511) へ連絡してください (既に広域化予防接種受託医療機関として予防接種を実施している医療機関は不要)。
 - ② 広域予防接種委託料については、国保連合会が審査支払を行いますので、予防接種請求書に広域予防接種券と予診票を添えて、国保連合会へ提出 (請求) してください。 (市への報告は不要)
 - ③ 健康被害の対応については、広域予防接種券を発行した被接種者の居住地の市町が行います。
 - ④ 「予防接種依頼書 (原本)」を被接種者が持参した場合は、実費での接種となるため、被接種者からはワクチン代を含めた接種料金を徴収してください。
 - ⑤ 依頼書持参者についての接種報告は、予防接種実施医療機関から、依頼のあった市町の担当部署へ直接行ってください。 (市への報告は不要)
- (2) 高齢者インフルエンザ予防接種の対象者で、予防接種券又は依頼書の提出がなかった場合の取扱い
被接種者に対し、住所地 (住民票のある市町村) の予防接種担当窓口へ、住所地以外の市町村での接種を希望する旨を申し出るよう伝える。(被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券か依頼書 (原本) が手元に届き次第、医療機関へ提出後、接種を行う。)

1.7 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)に接種件数を、低所得者及び低所得者以外に分けて記入のうえ、予診票と併せて次のとおり提出してください。

予診のみ(予診の結果、接種を見合わせた場合。その後、診療に移行したものを含む。)についても、委託料支払対象となっています。接種済みの予診票と併せて、接種を見合わせた予診票を提出してください。ただし、接種を見合わせた者については、1人につき1日1件のみの支払となります。

なお、実施報告書の記入方法及び提出に際しては、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)裏面を参照してください。

提出期限	接種月の翌月10日まで
提出先	<p>福山市医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 福山市保健所 保健予防課 医師会に加入していない実施協力医療機関 ⇒ //</p> <p>松永沼隈地区医師会加入医療機関のうち (内海町、沼隈町内の実施協力医療機関) ⇒ 沼隈支所保健福祉担当 (その他の実施協力医療機関) ⇒ 松永保健福祉課</p> <p>府中地区医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 北部保健福祉課</p> <p>深安地区医師会加入医療機関のうち (神辺町内の実施協力医療機関) ⇒ 神辺保健福祉課 (加茂町内の実施協力医療機関) ⇒ 北部保健福祉課</p> <p>※郵送で提出する場合 → 保健予防課 (TEL: 928-1127) 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号</p>
提出書類	<p>①高齢者定期接種実施報告書(別紙1) ②予診票 ⇒ ※接種件数と枚数を照合 ※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、分けて提出してください。</p>
備考①	<ul style="list-style-type: none"> 提出期限までに実施報告書の提出がない場合は、前月の接種実績なしとみなして処理を行います。 請求漏れが見つかった場合、直近の接種分と併せて提出してください。 最終報告(2026年1月報告分)については、接種件数が0件でも必ず実施報告書を提出してください。
備考②	<ul style="list-style-type: none"> 他のB類定期予防接種(高齢者肺炎球菌、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹予防接種)と同時接種を予定していた場合の「予診のみ」の取扱いについては、併せて1件として委託料の支払対象となりますので、次のとおり報告を行ってください。 <ul style="list-style-type: none"> ① 高齢者帯状疱疹予防接種を含む計2~4件の同時接種を予定していた場合 →「高齢者帯状疱疹」の欄に件数を記入し、報告してください。 ② 高齢者帯状疱疹予防接種を除き、高齢者インフルエンザ予防接種を含む計2~3件の同時接種を予定していた場合 →「高齢者インフルエンザ」の欄に件数を記入し、報告してください。 ③ 高齢者肺炎球菌及び新型コロナウイルス感染症予防接種の計2件の同時接種を予定していた場合→「高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種」の欄に件数を記入し、報告してください。 同時接種を予定していなかった場合は、それぞれの予防接種の欄に件数を記入し、報告してください。

- (2) 市は、提出された実施報告書・予診票について審査し、不備等があったものについては、実施協力医療機関に再提出を求める。

(3) 本予防接種に係る委託料は、予防接種業務委託契約に従い、2025年度（令和7年度）予防接種委託料単価表（別紙2）の委託料単価のとおり毎月の報告、審査終了後に速やかに、医師会加入実施協力医療機関については各医師会に対して、その他の実施協力医療機関については直接支払うものとします。

18 その他

- (1) この実施要領によるほか、その他の詳細については、「B類疾病予防接種ガイドライン」を参考に実施することとします。
- (2) 個人負担金免除に必要な証明書は、次のとおりです。
 - ・見本Ⓐ、見本Ⓑ及び見本Ⓔは、それぞれの制度の対象者に交付されているものです。
 - ・見本Ⓑは、後期高齢者医療保険の被保険者全員に交付されていますが、限度区分欄に記載があるのは、事前に申請している人のみです。記載がない場合、免除対象外とは限りませんので、ご注意ください。
 - ・見本Ⓒは、実施期間中、福山市の税証明担当窓口及び保健予防課において平日8時30分～17時15分（交流館は9時～12時）の間に対象者へ無料で発行されます。
- (3) 被接種者本人と予診医師が同一である場合は、予診の客観性が担保できず、本市の定期接種としての取扱いができません（任意接種扱いとなります。）ので、ご注意ください。

19 資料等

- 別紙1 高齢者定期接種実施報告書
別紙2 2025年度（令和7年度）予防接種委託料単価表
- 資料① 機能障がいの程度
資料② 代筆について
資料③-1 予防接種後副反応疑い報告書記入要領（別表 各症状の概要を含む）
資料③-2 予防接種後副反応疑い報告書 ※裏面に予防接種後副反応疑い報告書報告基準
資料③-3 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票
資料③-4 ギラン・バレ症候群（GBS）調査票
資料④ 予防接種に係る誤接種報告書
- 記入例 I 予診票記入例（証明書確認項目欄について）
記入例 II 予診票記入例（被接種者本人が署名する場合）
記入例 III 予診票記入例（代筆者が記名する場合）
- 見本Ⓐ 介護保険料決定通知書、特別徴収額決定通知書
見本Ⓑ 後期高齢者医療資格確認書
見本Ⓒ 証明書（医療機関用）
見本Ⓓ 休日・夜間等受診票（生活保護の方）
見本Ⓔ 写真付きの本人確認証（中国残留邦人等の方）

その他不明な点は、保健予防課（℡：084-928-1127）へお問い合わせください。