

令和5年度小川町高齢者インフルエンザ予防接種実施要領

1 目的

高齢者がインフルエンザに罹患した場合の肺炎併発や死亡を防止するため、予防接種法に基づきインフルエンザ予防接種を行う。

2 対象者

小川町に住民登録をしている、接種日時時点で下記年齢の希望者

- ① 65歳以上
- ② 60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、呼吸器の機能もしくは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身体障害者手帳1級の者（身体障害者手帳の写しを予診票に添付のこと）

※誕生日の前日から接種可

3 実施期間

令和5年10月20日（金）から令和6年1月31日（水）まで

4 対象者への周知

保健事業計画、小川町HP、広報おがわ10月号、医療機関内ポスター掲示

5 実施内容

（1）インフルエンザ定期予防接種方法

具体的な予防接種方法に関しては、「インフルエンザ・肺炎球菌感染症（B類疾病）予防接種ガイドライン（2023年度版）」に基づいて実施する。

（2）実施のながれ

- ① 接種希望者は、希望する医療機関へ予約する。
- ② 接種希望者は、予約した医療機関へ健康保険証（生活保護受給者については受給証）を持参し、医療機関は対象者の年齢・住所等の確認を行う。確認後、生活保護受給者については予診票欄外（右上）に「**生保**」と記入し、**生活保護受給証の写し**を予診票に添付する。

上記「2 対象者②」に該当する者は、**医師の診断書又は身体障害者手帳の写し等**もあわせて確認を行う。確認後、予診票に添付す

る。

- ③ 接種希望者は、予診票（3枚複写）を記入し、医師の診察・説明を受ける。
- ④ 医師は、接種希望者の意思確認を確実にし、予診票の医師署名欄に自署する。（医師署名欄は、ゴム印+押印も可）
- ⑤ 接種希望者は医師の接種判定後、希望書（予診票下部）に自署する。
※自署できない場合は代筆者による署名可。ただし、**代筆の場合は、被接種者氏名及び代筆者氏名、続柄も記入する。**
- ⑥ ワクチンは、医療機関が用意する。
- ⑦ 接種後、医療機関は予診票にワクチンのロット番号・実施場所・医療機関名及び医師名・接種年月日を記入する。

6 使用ワクチン

インフルエンザHAワクチン

7 予防接種の記録

(1) 予診票

町指定の予診票（1・2枚目は水色、3枚目は白色）に記載する。

予診票は3枚複写になっており、それぞれ町と医療機関が1部ずつ5年間保管する。

3枚目（白色）は、被接種者が保管するものとする。

なお、生活保護受給者の予診票には、欄外（右上）に「生保」と記入し、受給証の写しを、上記「2 対象者②」に該当する者の予診票には、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しを添付する。

また、小川町HPからダウンロードした予診票も使用可とする。その際には、必要事項を記入後、コピーしたものを医療機関控えとする。

(2) 予防接種済証の交付

インフルエンザ予防接種を受けた者に対し、予防接種済証（予診票の3枚目、HPからダウンロードした予診票の場合は県相互乗り入れの様式）として、ワクチンロット番号・接種年月日・発行年月日・医療機関名と医療機関長の印を押し、実施医療機関が交付するものとする。

8 自己負担金

医療機関は、インフルエンザの予防接種を受けた者から、自己負担金 **1,500円** を徴収する。ただし、生活保護受給者は除く。

9 接種委託料

一般	4,510円	(ワクチン代、消費税込)
生活保護受給者	6,010円	(ワクチン代、消費税込)
予診のみ	2,200円	(消費税込) ただし、保険診療適応者は除く

10 定期の予防接種等による副反応疑いの報告

医師が予防接種後の副反応が疑われる症状(別紙様式1の報告基準参照)を診断した場合に、被接種者の同意を得て、「予防接種後副反応報告基準」に基づき、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX(FAX番号:0120-176-146)にて報告する。また、この報告は、別紙様式1も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」にて作成した別紙様式2を使用して報告するものとする。

11 委託料の請求方法

実施医療機関等は接種した者の予診票(町保管用)を1か月ごとに集計し、予防接種委託料請求書に添付のうえ、翌月10日までに健康福祉課へ提出する。

12 委託料の支払方法

町は提出された委託料請求書を審査し、適正と認めるときは、請求を受理した日から30日以内に委託料を実施医療機関に支払うものとする。

13 実施医療機関

比企医師会の会員たる医師が開設又は勤務する病院、診療所等

14 予防接種健康被害調査委員会

予防接種において健康被害が生じた場合は、被接種者との折衝等にあたり、「小川町予防接種健康被害調査委員会条例」等に基づき小川町が対応する。この対応等において、小川町は、比企医師会及び接種協力医と協議する。

問合せ 小川町健康福祉課 保健衛生担当
住所 〒355-0392 小川町大字大塚5 5 番地
☎ 7 2 - 1 2 2 1 (内線 1 5 7、1 5 8)