

# 令和4年度 成人の風しん予防接種 実施上の留意事項

(既存の妊娠を希望する女性等を対象にした助成制度分です)

【目次】	ページ
<b>1 概要</b> . . . . .	1
<b>2 接種料金</b> . . . . .	1
<b>3 実施手順</b>	
(1) 予診票の準備 . . . . .	1
(2) 対象者の確認 . . . . .	1
(3) 予診票の記入、医師の予診・説明 . . . . .	1
(4) 署名等 . . . . .	2
(5) 接種 . . . . .	2
(6) 接種済証の発行 . . . . .	2
(7) 予診票の保管 . . . . .	2
<b>4 副反応疑い報告</b> . . . . .	2
<b>5 予防接種健康被害救済制度</b> . . . . .	2
<b>6 委託料</b> . . . . .	3
<b>7 委託料の請求及び支払い方法</b> . . . . .	3

## 【様式】

1	成人の風しん任意予防接種済証	・あらかじめコピーしてご利用ください。 ・本市ホームページから様式をダウンロードできます。
2	予防接種後副反応疑い報告書	
3	成人の風しん予防接種委託料請求書兼内訳書	
4	成人の風しん予防接種委託契約実施報告書	
5	請求書	

## 【お問い合わせ先】

鹿児島市 感染症対策課

〒892-8677 鹿児島市山下町 11 番 1 号

TEL(直通) : 099-803-7023 FAX(代表) : 099-803-7026

## 1 概要

(1)接種対象者： 接種日時点で鹿児島市に住民登録があり、風しん抗体検査（妊婦健診含む）を受けて、抗体価が低いと判断された、

- ・妊娠を希望する女性
- ・妊婦の同居者

※抗体検査の助成対象者と、予防接種の助成対象者は、異なります。妊娠を希望する女性の同居者は対象者になりませんので、ご注意ください。

※1人1回限り

(2)ワクチン：「乾燥弱毒生風しんワクチン」又は「乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン」

※いずれのワクチンを使用した場合も、助成額は同じです

(3)接種量：0.5ml

(4)接種方法：皮下

## 2 接種料金

鹿児島市の助成額	被接種者の自己負担額
3,500円	《医療機関の設定した費用》 －《鹿児島市の助成額（左記）》

各医療機関が設定した接種料金から、鹿児島市の助成額を差し引いた額が、被接種者の自己負担額となります。各医療機関において被接種者から徴収してください。

接種料金を徴収する際は、医療機関の設定した接種料金から助成額を差し引いた金額になっていることを説明してください。

## 3 実施手順

(1) 予診票の準備

- ① 本市より配布したものをご利用ください。  
(残りが少ない場合は送付いたしますのでご連絡ください。)
- ② 「成人の風しん予防接種のお知らせ」1枚と予診票2枚複写(鹿児島市提出用と医療機関控用)が1セットになっています。被接種者に対して、予診票の記入前に「風しん予防接種のお知らせ」と裏面の「予防接種を受ける場合の注意点」を熟読するようお願いしてください。

(2) 対象者の確認

- ① 鹿児島市民でない方の接種については、鹿児島市から委託料は支払われません。
- ② 風しん抗体検査の結果、抗体価が低いと判断された方が対象になります。「風しん抗体検査結果通知書」等で確認後、予診票下の「被接種者が受検した風しん抗体検査に○印をつけてください」欄の対応する番号に○印をつけてください。

(3) 予診票の記入、医師の予診・説明

- ① 体温を測定してください。
- ② 接種前に、医師は予診票をチェックし、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種

の可否を決定してください。

- ③ ワクチンの効果、副反応、健康被害救済制度等について十分説明をし、被接種者が理解し、同意していることを確認してください。

(4) 署名等

- ① 接種可能となった場合、医師の記入欄の（実施できる）に○印と、医師の氏名を記載してください。
- ② 予診票下の被接種者の自署欄（同意します・同意しません）のいずれかに○印と、被接種者又は保護者の署名（フルネームで）を記入してもらってください。

(5) 接種

- ① ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
- ② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は楷書体で明瞭にお願いします。特に、ゴム印を使用される際は、不明瞭にならないようにしてください。

(6) 接種済証の発行

接種後は、「予防接種済証」に必要事項を記載してお渡してください。

(7) 予診票の保管

予診票（医療機関控用）は、カルテに貼付し5年間保管しておいてください。

## 4 副反応疑い報告

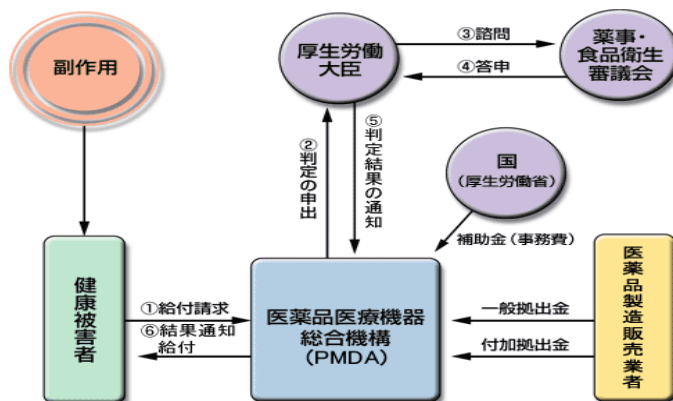
定期予防接種だけではなく、任意接種も予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人や保護者の同意は不要です）。

この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用 F A X 番号：0120-176-146

## 5 予防接種健康被害救済制度

任意の予防接種で健康被害が発生した場合は、定期接種とは異なり、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。健康被害者が直接行うことになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。



## 6 委託料（消費税及び地方消費税の額を含む）

3,500円

※健康上の理由により接種不可と診断された場合の「予診料」は支払われませんのでご注意ください。（定期接種とは、取扱いが異なります。）

## 7 委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員でない医療機関
提出書類	①成人の風しん予防接種委託料請求書兼内訳書 (3-1)(3-2)…市医師会へ提出 (3-3)…各医療機関で保管  ②予診票（2枚複写） 1枚目…市医師会へ提出 2枚目…各医療機関で保管	①成人の風しん予防接種委託契約実施報告書  ②予診票（2枚複写） 1枚目…本市へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ③請求書
提出期限	接種月の翌月10日	接種月の翌月15日
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市（郵送、直接）
振込時期	本市が市医師会から請求書を受理後、30日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。	本市が各医療機関から請求書を受理後、30日以内に指定された口座に支払われます。
・本市において、予診票の記載内容（不備がある場合は返却します）、接種件数、請求金額等を確認したあと、入金されます ※提出前に、予診票のすべての記載内容に記入漏れ等がないことなどを再度確認してください。 ※不備が多い場合、お支払いできないことがあります。		

### （参考）

市外の医療機関で、接種を希望する場合は、直接、市が医療機関と委託契約をして対応しますので、本人や保護者から相談があった場合には、感染症対策課をご案内いただきますようお願いします。