

令和7年度 神戸市高齢者インフルエンザ及び 新型コロナワクチン定期接種事務の手引き

令和7年10月 神戸市保健所

高齢者インフルエンザ及び新型コロナワクチン定期予防接種の実施にあたっては本手引きに定める方法より接種及びその事務を行うこと

1. 実施期間

令和7年10月1日から令和8年1月31日まで

2. 対象者

接種日現在、神戸市民であり、下記①②のいずれかに該当するもの

① 65歳以上

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の日常活動が極度に制限される程度の障害を有する者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害を有する者（概ね、身体障害者程度等級1級に相当）。

<市内に住民登録があり、やむを得ず他市区町村などで接種する者の取り扱い>

市外の施設・医療機関等に入所・入院中、または基礎疾患を持ち、かかりつけ医が市外である等のやむを得ない理由により市外での接種を希望する者については、予防接種実施依頼書等を発行し（事前申請）、神戸市が接種を助成する。

<市外に住民登録があり、神戸市内で接種を希望する者の取り扱い>

市外に住民登録がある者は、原則、住民登録のある市区町村の制度に基づいて接種を行う。

3. 予防接種を実施する医療機関

神戸市長と予防接種業務に関する契約を締結した医療機関、契約を締結した団体に所属する協力医療機関、及び市外の医療機関。

ただし、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、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、当該医師による接種を希望する者が生活の本拠を有する自宅、入所施設等において実施しても差し支えない。

4. 使用するワクチン

(1) インフルエンザワクチン

<令和7年度インフルエンザHAワクチン製造株>

A型株：A／ビクトリア／4897／2022（IVR-238）（H1N1）

A／パース／722／2024（IVR-262）（H3N2）

B型株：B／オーストリア／1359417／2021（BVR-26）（ビクトリア系統）

(2) 新型コロナワクチン

<令和7年度に用いるワクチンの抗原組成>

1価のJN.1、KP.2、LP.8.1又はXECに対する抗原を含む

【令和7年供給予定のワクチンメーカー】

ファイザー、モデルナ・ジャパン、第一三共、武田薬品、MeijiSeikaファルマ

企業名	ファイザー株式会社	モデルナ・ジャパン株式会社	第一三共株式会社	武田薬品工業株式会社	Meiji Seikaファルマ株式会社
販売名	コミナティ® 筋注シリンジ12歳以上用	スパイクバックス® 筋注シリンジ12歳以上用	ダイチロナ® 筋注	ヌキノビッド® 筋注 1 mL	コスタイベ® 筋注用 (2人用)
製剤写真	 筋注に適した注射針を用意する	 筋注に適した注射針を用意する			
抗原組成	オミクロン株LP8.1	オミクロン株LP8.1	オミクロン株XEC	オミクロン株LP8.1	オミクロン株XEC
モダリティ	mRNA			組換えタンパク	mRNA (レプリコン)
1回接種量	0.3mL	0.5mL	0.6mL	0.5mL	生理食塩液1.5mLにて溶解後 0.5mL
有効期間	12カ月	9カ月	8カ月	9カ月	6カ月
貯法	2～8℃	-2 0℃± 5℃	2～8℃	凍結を避け2～8℃	-2 0℃± 5℃

(注) ワクチンは、卸業者より購入し、不足が生じないように、適正量の発注に努めること。

5. 接種における留意事項

(1) 接種前

対象者の確認

- ・ 「申込書及び予診票」(3枚複写)に必要事項を記入してもらう。
- ・ 本人確認書類に基づき住所、氏名、生年月日により対象となるか確認する。
- ・ 「2. 対象者②」の60歳以上65歳未満の対象者については、障害者手帳により確認すること。
- ・ 無料対象者については、P3【無料対象であることの証明書】にて確認を行う。

接種の意思の確認

- ・ あらかじめ「インフルエンザ予防接種・新型コロナワクチン接種を受ける前にお読みください」等を用い、予防接種の有効性や副反応等並びに予防接種健康被害救済制度について十分説明し、接種について同意した者のみに接種する。
- ・ 本人の意思確認を行うことが難しい認知症の高齢者等の場合は、家族又はかかりつけ医、高齢者施設の従事者(以下「家族等」)など、日頃から意思疎通を図っている方々の協力を得て、本人の接種の意向を丁寧に酌み取ることが必要であり、本人の意思を酌み取った身近な家族等が同意書を代筆し、接種を行うことは差支えない。対象者の意思が確認できない場合は、接種をしてはならない。

予診

- ・ 予診の結果、予防接種を受けることが適当でない者(「予防接種法施行規則」第2条および「予防接種実施規則」第6条に規定)には、当日の接種を行ってはならない。
- ・ 予防接種を行うに際して注意を要する者(「定期接種実施要領」第1総論の7(1)のエに記載)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る。

(2) 接種について

- ・ 予防接種関係法令、定期接種実施要領及びワクチン添付文書に基づき、実施する。

- インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンは、他ワクチンとの接種間隔の制限はない。ただし、新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、医師が特に必要と認めた場合に可能。

(3) 接種後

被接種者への説明事項

- 接種後24時間（特に接種後30分以内）は、副反応の出現に注意し、観察しておく必要がある。※接種後30分は、必要に応じて接種医療機関にて観察する。
- 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けさせること。

接種済証の交付

- 被接種者に、「申込書及び予診票」【**予防接種済証（ご本人控え）**】（1枚目）を交付する。
- 被接種者が寝たきり等の理由から居宅で接種した場合など、アナフィラキシーショック等、万一の副反応発生時の連絡方法を指示しておくこと。

高齢者インフルエンザ予防接種申込書及び予診票【予防接種済証（ご本人控え）】

住所	神戸市	区	
氏名	フリガナ	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
			<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳～64歳の一部の内部障害者
接種年月日	接種量	接種箇所	医師種別名・医師名
令和 . . .	<input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> (ml) その他	<input type="checkbox"/> 右記の医療機関	医療機関 医師名
注	ワクチンシール貼付 (※) 有効期限が経過している場合は		医師名
注意事項	1.この届紙は、予防接種済証となりますので、大切に保管してください。 2.接種日時点で神戸市に住民票がある方が対象です。(※転居後に使用された場合、その他不正に使用した場合は費用の返還を求めますので、あらかじめご了承ください。 3.無料となる方は、必ず接種前に無料対象であることの証明書を接種医療機関に提示してください。		

予診票の保管・その他

- 「申込書及び予診票」【**医療機関保存用**】（3枚目）は、カルテに準じて5年間保管する。「2. 対象者②」にかかる診断書・主治医の意見書がある場合は、一緒に保管する。

6. 接種料

(1) 被接種者の自己負担額

	インフルエンザ	新型コロナワクチン
無料対象者以外	1,500 円	8,000 円
無料対象者（※）	自己負担なし（無料）	

※ 生活保護世帯、市民税非課税世帯、中国残留邦人等支援給付制度受給者
神戸市における公害被認定者

(注) 対象期間外の接種や 2回目以降の接種は 任意接種となり 全額自己負担。

(2) 自己負担額の徴収

- 上記の自己負担を、被接種者から徴収する。
- 無料対象者に該当するかは、以下の**無料対象であることの証明書**のいずれかにより確認する。

無料対象であることの証明書

【生活保護世帯の証明となるもの】

- 生活保護適用証明書
- 生活保護法医療券

【市民税非課税世帯の証明となるもの】

- 無料対象確認証
- 令和7年度介護保険料のお知らせ(介護保険料段階1～3段階のもの)(再発行不可)
- 介護保険負担限度額認定証
- 後期高齢者医療資格確認書(限度区分:区Ⅰまたは区Ⅱと併記されたもの)

【その他証明書類となるもの】

- 神戸市発行の公害医療手帳(带状疱疹ワクチンは除く)
- 中国残留邦人等支援給付対象者本人確認証または支援給付適用証明書



無料となる証明書類

(3) 接種料の請求

契約医療機関は、予防接種を実施したときは、被接種者から自己負担額分の徴収及び神戸市に助成額の請求を行う。

請求時の送付書類

1. 請求書…請求件数と請求券の枚数が合致しているかを確認
2. 申込書及び予診票【接種料請求用】(2枚目)
…記入漏れ、チェック漏れがないかを確認

高齢者インフルエンザ予防接種申込書及び予診票【接種料請求用】

住所	神戸市 区		
氏名	フリガナ	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳) 男・女
接種年月日	接種量	接種場所	医療機関名・医師名
令和	<input type="checkbox"/> 0.5ml ワタシンシーも添付 (注) 非接種者お持ちでない場合 <input type="checkbox"/> (ml) その他	<input type="checkbox"/> 右記の医療機関 医療機関	医師名
自己負担の有無	自己負担なし(無料) <input type="checkbox"/> 自己負担あり <input type="checkbox"/> ※どちらかに必ず		
無料継続医療	市民税非課税世帯の証明書	生活保護世帯の証明書	
いずれかに該当 料の徴収は必要	<input type="checkbox"/> 無料接種確認書 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯のお知らせ(納入通知書)：税務科政第1～3の5の <input type="checkbox"/> 生活保護世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 神戸市発行の公費減額手帳 <input type="checkbox"/> 後援品検査報告書検査結果通知書(保健区分：区1または区2と登録されたもの)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯の証明書または生活保護法医療券 その他の医療機関	

請求期限

- ・ 請求書は、提出期限までに、神戸市行政事務センターに到着するように提出する(可能な限り翌月5日まで)。提出期限以降に届いた請求は、翌月の支払審査となる。
- ・ 翌年度に繰り越した請求に対しては、原則支払うことができないため、請求漏れのないように十分に注意する。

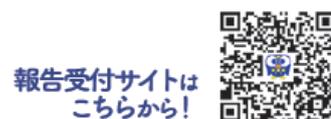
請求書提出期限

10月実施分	令和7年11月10日(月) 必着
11月実施分	令和7年12月10日(水) 必着
12月実施分	令和8年1月9日(金) 必着
1月実施分	令和8年2月10日(火) 必着

7. 予防接種後副反応疑い報告

予防接種によるアナフィラキシー(即時性全身反応)など、予防接種法施行規則第5条に規定する症状の患者を診察した場合は、速やかに(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)へ報告すること。(平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」を参照)

※報告については、「電子報告受付サイト」からの提出



8. 予防接種健康被害救済制度

予防接種を受けた者のうち、健康被害が生じた(疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した)場合においては、予防接種法による「予防接種健康被害救済制度」として取り扱うものとする。

9. 医療機関外で行う予防接種の実施について(巡回健診)

事業として県内の医療機関外で予防接種を実施する場合、「巡回健診実施計画書」の提出が必要となる。

実施にあたっては、「予防接種実施要領」第1総論「5 接種の場所」「13 A 類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項」「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」を確認しておくこと。

問い合わせ先 健康局保健所医務薬務課医務担当

☎ 078-322-6797 (受付時間：平日8時45分～12時、13時～17時30分)

【参考資料】



予防接種法



定期接種実施要領



予防接種健康被害
救済制度について



市ホームページ医
療機関向け情報