

3. 新型コロナウイルスのワクチン接種における後見人等の役割について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種が先月から開始されました。後見人等の役割も含めてお知らせ致します。

1. 接種を受けられる期間

接種を受けられる期間は、令和3年2月17日から令和4年2月末までの予定です。最初は、医療従事者等への接種が順次行われます。その後、高齢者、基礎疾患を有する方・高齢者施設等に従事する方の順に接種を進めていく見込みです。

なお、高齢者への接種は、一部の市町村で4月中旬に開始される見込みです。当初は実施する市町村や接種する人数が限られており、順次拡大していきます。

詳細なスケジュールは、お住まいの自治体等からの発表をお待ちください。

2. 使用するワクチン

現在日本では、米ファイザー社、英アストラゼネカ社、米モデルナ社とワクチンの供給契約を結んでおり、そのうち、現時点ではファイザー社のワクチンが薬事承認されています。そのため、まずはファイザー社のワクチンで接種を進めています。

これらのワクチンは、いずれも2回の接種が必要となる予定です。ファイザー社のワクチンでは、通常、1回目の接種から3週間後に2回目の接種を受けます。1回目から3週間を超えた際には、できるだけ早く2回目の接種を受けてください。

3. 接種を受けられる場所

原則として、成年被後見人等ご本人の住民票のある市町村（住所地）の医療機関や接種会場で接種を受けていただきます。インターネットで、接種を受けることができる医療機関や接種会場を探すための、接種総合案内サイトを設置する予定です。そのほか、市町村からの広報などをご確認ください。

なお、次のような事情のある方は、住所地以外で接種を受けていただくことができる見込みです。具体的な手続きは、お住まいの自治体や入院されている病院等からのご案内をお待ちください。

- 住所地以外に所在する医療機関や施設に入院・入所中で、当該医療機関・施設で接種を受ける方
- 基礎疾患を治療中の医療機関（住所地以外）で接種を受ける方
- その他やむを得ない事情があり、お住まいが住所地と異なる方

4. 接種を受けるための手続き

次のような方法で接種を受けることになります。

- (1) 接種の時期より前に、市町村から「接種券」と「新型コロナワクチン接種のお知らせ」が届きます。
- (2) 国や市町村から接種のスケジュールを公表します。成年被後見人等ご本人が該当するスケジュールをご確認ください。
- (3) 接種を受けることができる医療機関や接種会場をお探してください。（3. 接種が受けられる場所を参照）

※ 医療機関・施設に入院・入所されている方は、施設等内で接種が行われることもあります。詳細は入院・入所されている施設等へお問い合わせください。

- (4) 電話やインターネットで予約をしてください。成年被後見人等ご本人が予約を取ることが難しい場合、代理でご予約いただくことも可能です。
- (5) 接種を受ける際には、市町村より郵送される「接種券」と「本人確認書類（運転免許証、健康保険証など）」を必ずお持ちください。

5. 接種を受ける際の費用

全額公費で接種を行うため、無料で接種できます。



新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のために必要と騙り、金銭や個人情報をだましとろうとする電話があった旨の相談が消費生活センターへ寄せられています。市町村等が、ワクチン接種のために金銭や個人情報を電話・メールで求めることはありません。困ったときは消費者ホットライン 188 にご相談ください。

6. 接種を受ける際の同意

新型コロナワクチンの接種を受けていただくようお勧めしていますが、接種を受けることは強制ではありません。予防接種法令上では、予防接種を受けるに当たっては、接種を受ける方又はその保護者から書面により同意を得ることとしており、この「保護者」には後見人が含まれます。

◆予防接種法（昭和三十二年法律第六十八号）抄

第2条

7 この法律において「保護者」とは、親権を行う者又は後見人をいう。

◆予防接種実施規則（昭和三十二年厚生省令第二十七号）抄


（説明と同意の取得）

第五条の二 予防接種を行うに当たっては、あらかじめ被接種者又はその保護者に対して、予防接種の有効性及び安全性並びに副反応について当該者の理解を得るよう、適切な説明を行い、文書により同意を得なければならない。

2 （略）

成年被後見人が接種を受けるに当たっては、まず、成年被後見人ご本人に、必要な情報をしっかりと伝えてください。その上で、ご本人の意思を可能な限り確認してください。

➤ ご本人の同意が確認できた場合は、ご本人による自署又は代筆

➤ ご本人の接種の意思を確認することが難しい場合は、成年後見人による署名
 成年後見人による署名をする場合は、家族や医療・ケアチーム等、成年被後見人ご本人の周りの方と相談しながらご判断いただくようお願いいたします。

7. 接種を受けた後に副反応が起きた場合の予防接種健康被害救済制度

一般的に、ワクチン接種では、副反応による健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が、極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

救済制度では、予防接種によって健康被害が生じ、医療機関での治療が必要になったり、障害が残ったりした場合に、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。

新型コロナワクチンの接種についても、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済を受けることができます。

もし成年被後見人等ご本人に健康被害が生じた場合は、ご本人の住民票のある市町村にご相談いただき、申請書の準備等のサポートをお願いいたします。

新型コロナワクチンに関する情報は、厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_00184.html を
 ご参照ください。



Q1. 「代筆」とは具体的にどのようなことを言いますか？

成年被後見人ご本人の同意を確認した第三者が、自筆ができないご本人に代わって、ご本人氏名を署名することです。成年後見人に限らず、ご本人の同意を確認した施設職員や医療機関職員も行うことが可能です。代筆した際は、代筆した方の氏名とご本人との関係を併せて記載していただく必要があります。

Q2. 施設入所、入院等で面会制限されており、ご本人に直接情報提供できない場合は、どうしたらいいですか？

オンライン面会ができる場合には、直接ご本人と話をし、必要な情報提供や意思確認をすることが望ましいです。

もしもそれが叶わない場合には、施設、医療機関等の職員に

- ① ご本人への情報提供がどのようになされたのか、
- ② ご本人がどのような状態でどのように意思表示をしたのか、

確認してください。また、その際には、

- ③ 接種後のご本人の様子の見守りを依頼し、変化がある場合には詳細に記録し後見人に連絡が欲しいこと

を伝えてください。

ご本人が同意し、自筆できる場合には、ご本人の署名となります。自筆できなくても同意が確認できる場合には、成年後見人や入院・入所先職員等の代筆となります。

ご本人の同意が確認できない場合には、家族や医療・ケアチーム等、成年被後見人ご本人の周りの方と相談しながらご判断いただくようお願いいたします。

Q3. 成年被後見人ご本人の意思確認が困難な場合、成年後見人である私自身の判断だけで決定してよいのでしょうか？

原則として、成年被後見人ご本人の同意に基づき接種が行われる必要があります。同意が確認出来ない場合には、家族や医療・ケアチーム等、ご本人の周りの方と相談しながらご判断いただくようお願いいたします。

Q4. 成年被後見人ご本人にワクチン接種に関する説明をする際に、配慮すべきことはありますか？

ご本人が理解しやすくなるよう、分かりやすい言葉や、絵カード・写真等を用いた丁寧な説明を行うことが望ましいです。また、サービス提供事業所から成年被後見人ご本人に説明をすることになった際は、成年後見人としてサービス提供事業所にもそのような合理的配慮を求めることも大切です。

Q 5. 成年被後見人ご本人は接種に同意していますが、親族が反対しています。その場合、後見人として署名しなくていいですか？

ご本人の同意があるので、ご本人の同意に基づき、ご本人の自署あるいは代筆となります。

Q 6. 被保佐人や被補助人の場合はどうなりますか？保佐人や補助人の署名がいりますか？

予防接種法上の保護者となるのは、法定後見における成年後見人です。被保佐人、被補助人の場合は、保佐人や補助人による同意の署名はできません。原則にしたがって、ご本人の同意に基づき、ご本人の自署または代筆となります。

Q 7. 任意後見人は署名できますか？

Q 6 の回答と同様で、署名できません。

Q 8. どのような書類に署名するのですか？

予診票に署名欄があります。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（ <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ） 本人に対して、接種の効果、副反応及び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
新型コロナワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（ <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません ） この予診票は、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、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。		
年 月 日 被接種者自署 <small>（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載） （※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署）</small>		

Q 9. 成年被後見人等ご本人の住民票所在地には、ご本人はいません。接種券はどのようにしたら入手できますか？

ご本人の住民票所在地に親族の方等が住んでいる場合は、届いた接種券をご本人が実際に居住している場所に転送していただくようお願いしてください。接種券が届かない場合等には、住民票所在地の市町村に、実際に居住している場所に接種券を送付するよう申請をしてください。

また、やむを得ない事情があり、住民票のある市町村から接種券の発行を受けることができないと認められる場合は、実際に居住している市町村に申請することで接種券の発行を受けることができます。申請場所や方法については、お住まいの自治体の発表をお待ちください。

Q 10. 成年後見人が、成年被後見人ご本人の接種券の受取の手続きをすることができますか？

被後見人ご本人の住所地の市町村に、お問い合わせください。市町村の判断により、接種券の送付先を成年後見人にするのが可能です。その際、市町村が、成年後見人と被後見人ご本人との関係、後見人の送付先住所の確認が行えるよう、成年後見登記制度に基づく登記事項証明書（の写し）等をご提出ください。

また、本人が接種券の受取手続きができない場合等には、保佐人、補助人、任意後見人も、上記の手続きを行うことが可能です。被補助人、被保佐人、任意後見の被後見人の住所地の市町村にお問い合わせください。

