

「信州割SPECIAL」における ワクチン・検査パッケージの運用について ＜旅行会社用＞

令和3年12月15日
＜Ver.2＞

この資料は、観光庁が策定した「旅行業・宿泊業におけるワクチン検査パッケージ運用ガイドライン」（令和3年11月19日付）を基に作成しています。

「信州版 新たな旅のすゝめ」宿泊割事務局

1. 概要

令和4年1月11日（火）新規予約・宿泊分から信州割SPECIALの割引の適用にはワクチン・検査パッケージの活用が必須の条件となります。以下の注意事項をご確認いただき、事前のご準備と対応をお願い致します。

2. 販売時の注意事項

●販売時に、以下の内容について旅行者の同意を得ること。

- ・「信州割SPECIAL」の割引適用にはワクチンを接種済であること（2回接種し、かつ、2回目接種から14日以上経っていること）又は旅行開始日（申込時ではありません）において有効な検査(※1)結果が陰性であることが利用条件であること。（条件を満たさない場合は割引が適用されないことを説明してください）
- ・販売時に、旅行者において、ワクチン接種歴又は検査結果のいずれかを利用するか明らかにしてもらうこと。
（「検査結果」を選択する場合は、出発する前に検査を受けるよう呼びかける）
- ・割引を適用する全員分の（代表者のみではありません）予防接種済証等又は検査結果通知書を事前確認又は当日確認の際に確認を行う者に提示すること。（予防接種済証等を撮影した画像や写し等でも可）
- ・ワクチンの効果は完全ではなく、接種しても感染し、他の人に感染させる可能性があるため、ワクチンを接種していたとしても基本的な感染対策を怠らないこと。
- ・検査結果が陰性であったとしても、検査後に感染する可能性があり、また、偽陰性である可能性もあるため、基本的な感染対策を怠らないこと。
- ・旅行開始日の2週間前から感染リスクを避けて生活すること。
- ・検査結果通知書には有効期限(※2)がある為、旅行開始日（申込時ではありません）において有効な検査結果を旅行業者が確認する事が困難である等の理由で、ワクチン接種歴がある人のみを対象とする場合にはその旨を旅行者に承諾してもらうこと。

※1 検査は、PCR検査、**LAMP 法等の核酸増幅法**、抗原定量検査、抗原定性検査をいう。

※2 PCR検査等（**LAMP 法等の核酸増幅法**、**抗原定量検査を含む。以下同じ**）は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日

3. 旅行申込時またはツアー開始時等の注意事項

- ・旅行の申込時、精算時、ツアーの開始時等、旅行開始日までに本人確認と併せて予防接種済証等又は検査結果通知書の確認を行ってください。（予防接種済証等を撮影した画像や写し等でも可。事務局への精算の際、写し等の提出は求めません。）
※確認書類の持参忘れ等により旅行開始日までに予防接種済証等又は検査結果通知書を確認できない場合、後日の提出は認められません。

- ・確認時やその待ち時間に密にならないよう配慮する。

- ・ツアー当日に予防接種済証等または検査結果通知書の確認を行うツアーにおいて、添乗員付きツアーの場合は、添乗員等が確認を行う。（宿泊付きツアーの場合で、宿泊施設に確認を依頼する事は宿泊施設の負担増になる為避けてください。）

●予防接種済証等の確認に当たっては、以下を確認する。

- ・本人であること（身分証明書等により確認）
- ・2回目の接種年月日（2回目の接種日から14日以上経過していることを確認）
- ・（予防接種済証及び接種記録書の場合のみ）ワクチンのシール（2回分のシールが貼られていることを確認）

●検査結果の確認に当たっては、検査結果通知書において、以下を確認する。

- ・本人であること（身分証明書等により確認）
- ・検査結果（陰性であることを確認）
- ・有効期限（旅行開始日において有効期限を過ぎていないことを確認。
※申込時においてではなく、旅行開始日において有効期間内かどうかをご確認ください。）
- ・検査方法（PCR検査、**LAMP 法等の核酸増幅法**、抗原定量検査、抗原定性検査のいずれかであることを確認）

4. 条件を満たさない場合の運用

旅行者が条件を満たさない場合の運用については、販売時の説明に沿いつつ、以下の対応を行う。

① 検査結果陽性の場合

- ・医療機関又は受診・相談センターを紹介するなどして、受診につながるよう必ず促す。
- ・同行者が陽性であり、当人がその同居人である等、濃厚接触者と考えられる旅行者については、保健所に相談する等の対応を促す。

② ①以外で条件を満たさない場合（検査結果が「判定不能」であった場合、確認書類を持参しなかった場合、検査結果が間に合わなかった場合、ワクチン2回目接種から14日を経過していない場合等）

- ・旅行業者が抗原定性検査を実施している場合又は抗原定性検査を提供する場所が近隣に存在する場合、それらの案内を行う（検査キットは、薬事承認されたものを使用すること）。

上記の抗原定性検査の実施が難しい場合

- ・「信州割SPECIAL」の割引対象とはならない旨を利用者へ伝え、旅行サービスについては、予防接種済証等又は検査結果通知書の確認を条件としていない別の旅行プランを提案する（割引予定であった額を追加で収受する）等の対応を必要に応じて行う。
※観光クーポン券は渡さない。
- ・複数人の宿泊者のグループの一部が条件を満たさない場合、条件を満たしている同行者は割引の対象となります。

5. その他留意点（1／2）

- ・新たに「信州割SPECIAL」を適用した旅行商品を造成する場合は、そのプランがワクチン・検査パッケージの活用が必須条件である事を利用者にわかりやすく表記すること。また、条件を満たさない場合（検査結果が陽性の場合、検査結果が「判定不能」であった場合、確認書類を持参しなかった場合、検査結果が間に合わなかった場合、ワクチン接種から14日を経過していない場合等）は割引の対象とならない旨も併せて記載すること。
- ・旅行者の予防接種済証等又は検査結果通知書を旅行業者にて確認できず、事前に了承を得て宿泊事業者等へ確認を委託する場合は、条件を満たさない場合の対応等についても予め定めておくこと。
また、宿泊施設で証明書類を提示する事と、観光クーポン券の利用は証明後から利用する事を旅行者に誓約させること。
- ・確認書類の持参忘れにより旅行開始日までに予防接種済証等又は検査結果通知書を確認できない場合、後日の提出は認められません。
- ・検査結果通知書については検査機関毎に様式が異なりますが、確認が必要な項目は変わりません。
- ・ワクチンの効果は完全ではなく、接種しても感染し、他の人に感染させる可能性があることに留意する必要がある。そのため、ワクチン接種歴や検査結果の活用に当たっても、基本的な感染防止策（三つの密の回避、人と人との距離の確保、マスクの着用、手洗いなどの手指衛生、二酸化炭素濃度測定器（CO2センサー）などを活用した換気の徹底等）を維持・徹底すること。
- ・学校等の活動に係るツアーや宿泊サービスについては、ワクチン・検査パッケージは活用しない。

5. その他留意点 (2 / 2)

- ・現在のところ、ワクチン接種が行えない12歳未満の児童については、同居する親等の監護者が同伴する場合、検査不要。ただし、感染拡大時等（まん延防止重点措置地域に係る県をまたぐ移動等）の場合は、6歳以上12歳未満の児童は検査が必要。

	県をまたがない旅行 [↕] 〔長野県民の県内旅行〕 [↕]	県をまたぐ旅行 [↕] 〔県外者の県内宿泊、 ↓ 県外旅行〕 [↕]
感染拡大時^{※↕} 〔 国の感染警戒レベル2 [↕] かつ [↕] まん延防止重点措置の指定 [↕] 〕	検査不要 [↕]	6歳以上 12歳未満 [↕] 検査必要[↕] 6歳未満 検査不要 [↕]
国の感染警戒レベル1以下 [↕]	検査不要 [↕]	検査不要 [↕]

※感染警戒レベル3以上では、信州割SPECIAL事業そのものが停止となります

6. 接種済証について

< 予防接種済証の場合 >

接種券		予約のみ		新型コロナウイルスワクチン Certificate of Vaccination									
券種	2 ワクチン接種	1	回目	券種	1 予約のみ	1	回目	1回目	接種年月日	2021年	月	日	接種場所
請求先	〇〇県〇〇市	123456		請求先	〇〇県〇〇市	123456		接種年月日	2021年	月	日	接種場所	メーカ/Lot No. (シール貼付)
券番号	1234567890			券番号	1234567890			接種年月日	2021年	月	日	接種場所	
氏名	厚生 太郎			氏名	厚生 太郎			接種年月日	2021年	月	日	接種場所	
OCRライン (18桁)		OCRライン (18桁)		OCRライン (18桁)		OCRライン (18桁)		氏名		厚生 太郎		住所	
〇〇県〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇県〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇県〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇県〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇年 〇〇月 〇〇日		〇〇年 〇〇月 〇〇日		〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	
〇〇県〇〇市長 日本 一部													

接種を受ける方へ

- シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

< 接種記録書の場合 >

新型コロナウイルスワクチン接種記録書 Record of Vaccination for COVID-19			
1回目 接種年月日	メーカ/Lot No. D=AB123	2回目 接種年月日	メーカ/Lot No. D=AB123
2021年	月 日	2021年	月 日
接種会場		接種会場	
氏名 : _____			
住所 : _____			
生年月日 : _____年 _____月 _____日			


新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた医療従事者の方へ

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)
- 後日、市町村から郵送される接種券は、使用しないでください。
- 2回目の接種時に、「接種券付き予約票」と「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナウイルスワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 - ⇒ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 - ⇒ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナウイルスワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

7. 接種済証について

<接種証明書の場合>

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 Vaccination Certificate of COVID-19	
姓(旧姓)(別姓)名(別名) [Surname (Former surname) (Alternative surname) Given name (Alternative given name)]	
生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)	
国籍・地域 [Nationality/Region]	
旅券番号 [Passport Number]	
<u>1回目接種 [First Dose]</u>	<u>2回目接種 [Second Dose]</u>
ワクチンの種類 [Vaccine Type]	ワクチンの種類 [Vaccine Type]
メーカー [Manufacturer]	メーカー [Manufacturer]
製品名 [Product Name]	製品名 [Product Name]
製造番号 [Lot Number]	製造番号 [Lot Number]
接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)	接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)
接種国 [Country of Vaccination]	接種国 [Country of Vaccination]
証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]	
日本国厚生労働大臣 [Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]	
証明書ID [Certificate Identifier]	証明書発行年月日 [Issue Date] (YYYY-MM-DD)

運転免許証等により、本人のものか確認。

2回接種しているか、2回目以降14日経過しているか確認。

出典:厚生労働省ホームページ

8. 陰性証明について

<検査結果通知書の様式例>

検査結果通知書	
<ul style="list-style-type: none">この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。利用の際に、身分証明書とともに提示してください。新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断には用いることができません。	
陽性の方は、速やかに医療機関を受診してください。	
<input type="checkbox"/> 受検者氏名	〇〇 〇〇 (フリガナ 〇〇 〇〇)
<input type="checkbox"/> 検体採取日 ^{※1}	2021年〇月〇日
<input type="checkbox"/> 検査結果	陰性 ・ 陽性 ・ 判定不能
<input type="checkbox"/> 有効期限 ^{※2}	2021年〇月〇日
<input type="checkbox"/> 検査方法	PCR検査等 ・ 抗原定量検査 ・ 抗原定性検査
<input type="checkbox"/> 検体	唾液 ・ 鼻腔ぬぐい液 ・ 鼻咽頭ぬぐい液
<input type="checkbox"/> 使用した検査試薬又は検査キット名	〇〇 〇〇
<small>※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。 ※2 有効期限：PCR検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日</small>	
<input type="checkbox"/> 事業所名（又は検査所名）	〇〇 〇〇
<input type="checkbox"/> 検査管理者氏名	〇〇 〇〇
【陽性の場合】	
<input type="checkbox"/>	医療機関を受診してください。
<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇	受診・相談センターに電話し受診先について相談してください 電話番号 〇〇-XXXXX-XXXXX

運転免許証等により、本人のものか確認。

陰性であることを確認。

有効期限内であることを確認。

いずれかの検査であることを確認。

9. フローチャート

