

明石市個別契約医療機関における高齢者予防接種実施要領

委託契約にかかる基本的事項

- (1) 接種に使用するワクチンは、契約医療機関で購入するものとし、当該ワクチン代は委託料に含む。
- (2) 委託料の請求にあたり、本市での債権者登録内容が変更となった場合は、債権者登録申請書（本市ホームページ「申請書ダウンロード＞会計室」からダウンロード可）を提出すること。

委託業務の目的

高齢者肺炎球菌予防接種を適正かつ円滑に実施し、肺炎球菌による肺炎等の発症や重症化を防ぎ、高齢者の健康保持を図ることを目的とする。

法定位置づけ

高齢者肺炎球菌予防接種は、予防接種法において個人予防を目的とする B 類疾病として位置づけられており、努力義務はなく、本人の希望により接種するものである。

実施内容

予防接種の実施にあたっては、本実施要領のほか、予防接種法及びこれに基づく関係法令並びに厚生労働省の通知及び予防接種ガイドライン等検討委員会が作成した「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」に準拠して実施するものとする。

令和 7 年度実施期間

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日まで

※接種期間は対象者により異なります。P.2「接種期間」参照。

対象者

次のいずれかに該当し、過去に肺炎球菌ワクチン(23 価)を接種したことがない明石市民

対象者	予防接種券について
① 満 65 歳の者	65 歳の誕生日にあわせて保健予防課より随時自動発送。
② 満 60 歳以上 65 歳未満の 厚生労働省令に定める者	接種を希望する場合、保健予防課へ事前申請が必要。 ※身体障害者手帳または医師の診断書が必要。

満 60 歳以上 65 歳未満の厚生労働省令に定める者

満 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活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（身体障害者障害程度 1 級に該当）

接種期間

- ①満 65 歳とは「65 歳以上 66 歳未満」を指します。令和 2 年 2 月 4 日付厚労省事務連絡「定期の予防接種における対象者の解釈について」の考え方により、満 65 歳の方の接種期間は 65 歳の誕生日の前日から 66 歳の誕生日の前日までの 1 年間（+1 日）となります。

（例）昭和 35 年 4 月 2 日生まれ

＝接種期間：令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 4 月 1 日

「定期の予防接種における対象者の解釈について」一部抜粋

『●歳以上』の考え方

誕生日の前日（24 時）に 1 歳年をとると考えますので、令和 2 年 4 月 1 日生まれの人であれば、『1 歳以上から接種可能』と言った場合、『令和 3 年 3 月 31 日から接種可能』という意味になります。

＊厳密には 24 時に 1 歳年をとるので、3 月 31 日であっても 0 時から 24 時に至るまでは、1 歳に達していませんが、真夜中の 24 時に接種を受けられることは通常想定されないため、日中でも接種を受けられるように配慮したものです。

『●歳未満』の考え方

誕生日の前日（24 時）に 1 歳年をとると考えますので、令和 2 年 4 月 1 日生まれの人であれば、『1 歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和 3 年 3 月 31 日まで接種可能』という意味になります。

＊『●歳以上』の考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3 月 31 日の丸一日を接種可能日としました。一方、『●歳未満』の考え方では、厳密に前日（24 時）に 1 歳年をとると考えて、3 月 31 日 24 時に至るまでは接種可能とするものです。

- ②満 60 歳以上 65 歳未満の厚生労働省令に定める者の接種期間は、予防接種券の発行日から 1 年間（+1 日）となります。

（例）令和 7 年 4 月 1 日発行

＝接種期間：令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 4 月 1 日

自己負担金額

4,000 円

自己負担免除者

- ・市民税非課税世帯に属する者
- ・生活保護世帯に属する者または中国残留邦人等支援給付制度受給者

自己負担免除者であることの確認書類

下記①～③のいずれかの書類を接種時に提出することで自己負担額が免除されます。

①明石市高齢者肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書の原本

☞ 事前に保健予防課へ申請が必要

②介護保険料の納入通知書（介護保険料額決定通知書）の写し

※原本は必ず本人へ返却すること。

☞ 65歳以上の市民へ自動発送される通知書。

☞ 保険料段階が第1～3段階のものに限る。

☞ 接種日と同一年度の賦課情報のものに限る。

ただし、4～7月に接種する場合は前年度のもので可。

※後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証は使用できません。

③生活保護受給証明書または中国残留邦人等に対する支援給付にかかる支援給付受給証明書の原本または写し

☞ 3か月以内に交付されたものに限る。

実施方法

1. 予約受付

①有効期限内である予防接種券を持っているか確認する。

②接種当日の必要書類について説明する。

予防接種券（切り取らない）、予診票、マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類、自己負担免除者は確認書類

③年度途中の転入者、紛失などで予防接種券を持っていない者は保健予防課に申請するよう案内する。

2. 受付

①必要書類の提出を求め当該予防接種の対象者であるか否かを確認する。必ず予防接種券の有効期限を確認すること。

②自己負担免除者の場合、証明書類の提出を求める。

③予診票の記入漏れがないか確認する。

④検温を実施する。37.5℃以上の場合は、受付にて断る。

3. 予診

①予診（問診、視診、聴診等）によって、「接種可能」「接種不可」を判断する。

②「接種可能」であれば、予診票の医師記入欄の「可能」に○印及び署名をするとともに、予防接種希望書の「接種を希望します」に○印及び署名をしてもらう。

③「接種不可」であれば予診票の医師記入欄の「見合わせる」に○印及び署名、所見を記入し、予防接種券を接種希望者に返却する。

4. 接種

- ①23 価型肺炎球菌ワクチン 0.5ml を筋肉内又は皮下に 1 回接種する。
- ②予防接種券、予診票に接種情報を記入し、被接種者に予防接種済証(予防接種券の右下)を交付するとともに自己負担金を徴収する。(自己負担免除者は除く)

実施報告

次の書類を接種の翌月 10 日までに明石市保健予防課に提出する。

- ・ 予防接種報告書兼委託料請求書
 - ・ 予防接種券 (自己負担免除者は確認書類を添付)
 - ・ 予診の結果、接種を見合わせた場合は予診票の原本
- ※今年度より明石市高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書 (接種者名簿) は提出不要です。

請求書等の提出先 明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1 丁目 4-7 あかし保健所 4 階

※上記の請求期限を超過し、年度を繰り越した請求 (年度末の最終請求期限は 4 月 10 日) に対しては、原則、支払いができないので、特に注意すること。

他のワクチンとの接種間隔

医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができる。

健康被害発生時の対応

予防接種による健康被害又は健康被害の疑いのある患者を診察した場合、以下に注意する。

- (1) 患者または家族から詳しく問診し、病歴を確実に記載しておく。
- (2) 主要症状について、確実に把握し、詳細に記載しておく。
- (3) 接種部位の変化(発赤、腫脹及び化膿など)の有無、程度について必ず観察し、記載する。
- (4) 副反応疑い報告については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の電子報告システム (報告受付サイト) (URL : <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>) にて報告を行う。

予防接種不適合者

- (1) 接種当日、明らかな発熱を呈している者
- (2) 重篤な急性疾患にかかっている者
- (3) 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショックを呈したことが明らかな者
- (4) その他予防接種を受けることが不適当な状態にある者

予 防 接 種 要 注 意 者

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有する者
- (2) 過去にけいれんの既往のある者
- (3) 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる者
- (4) 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者。

高齢者肺炎球菌予防接種券の確認・記入要領

明石市高齢者肺炎球菌予防接種券

有効期限(接種期間) **①**

※市外に転出されますと使用できません。

接種対象者

生年月日 自宅の電話番号 **②**

整理番号 1 8 種類 B 0 修 C 3

回数 1 接種日 (和暦) 5 **③**

医コード **④**

費用区分 0:有料 **⑤** 税非課税世帯 2:生活保護世帯

※費用区分1・2の方は必ず確認種類を添付してください。

ワクチン名(筋肉内・皮下接種) 接種場所・接種医師名

L.O.T. No. **⑥** 接種量 0.5ml **⑦**

JES2 R43 70x49×9.5 5,000

- ① 接種日当日が有効期限内であることを確認する。
- ② 電話番号が記入されていることを確認する。
- ③ 接種日を押印または記入する。

※令和7年5月1日の場合は「5070501」となります。

- ④ 記入不要
- ⑤ 対象者の費用区分を○印で記入する。
- ⑥ ワクチン名や接種量が正しいことを確認し、ロット番号を貼付または記入する。
- ⑦ 実施場所や医師名を押印または記入する。

明石市高齢者肺炎球菌予防接種済証

住所

氏名

生年月日

【医療機関記入欄】 **⑧**

接種方法(筋肉内・皮下接種) 接種量0.5ml

予防接種年月日 年 月 日

接種場所・接種医師名

- ⑧ 接種部位、接種年月日、接種場所、接種医師名を記入し、被接種者に交付する。

明石市高齢者肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書 見本

介護保険料決定通知書 見本① (A4 タイプ)

[illegible]

令和7年度か確認

保険料段階が
1～3 段階のみ

介護保険料決定通知書 見本②（冊子タイプ）

介護保険料額決定(変更)の内容

通知年【 令和 7 年度 】

決 定 理 由	特徴対象通知による特徴本算定	決 定 年 月 日	令和 年 月 日
年間保険料額	21,132 円	変更後増減額	***** 円

【保険料額算定の基礎】

変 更 前	
市民税課税状況	合計所得金額
本人 世帯 非課税 非課税	0
保険料段階	0 266,214
第1段階	21,132 12月 21,132
保険料額合計 21,132	

決 定 (変 更 後)	
市民税課税状況	合計所得金額
本人 世帯 非課税 非課税	0
保険料段階	0 265,39
第1段階	21,132 12月 21,13
保険料額合計 21,132	

令和7年度か確認

保険料段階が
1～3 段階のみ

免除決定通知書（見本）

〒XXXX-XXXX

明石市○△○□△□○△○□△○□△□
 ○△○□△○□△○□△○□△○□△□
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

○○ ○○ 様

令和XX年XX月XX日
 明石市長（公印省略）

明石市高齢者肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書

申請のありました高齢者肺炎球菌予防接種にかかる費用（自己負担額）の免除について、審査の結果、要件に該当することが確認できましたので、本書のとおり通知します。

整理番号	XXXXXXXXXX		
氏 名	○○ ○○	生年月日	
住 所	明石市○△○□△○□△○□△○□△○□△○□		
免除区分	非課税世帯 生保世帯 ※どちらかを表示	有効期限	令和XX年3月31日

有効期限

※ 他の必要書類とあわせて、この通知書（原本）を医療機関窓口にご提出ください。
 ※ この通知書による費用免除は、高齢者肺炎球菌予防接種費用のみに適用されます。
 なお、市外に転出された場合や有効期限を過ぎると使用できません。

お問い合わせ
 明石市保健予防課
 電話：918-5668 FAX：918-5441

有効期限に注意

生活保護受給証明書（見本）

[illegible]

接種日から
3 か月以内か