

令和8年度 神戸市医師会の契約医療機関における明石市高齢者肺炎球菌予防接種実施要領

1 委託契約にかかる基本的事項

- ・ 予防接種業務の委託について明石市と一般社団法人神戸市医師会（以下「医師会」という。）との間で契約を行う。
- ・ 契約にあたっては、医師会は明石市に、契約医療機関及び当該医療機関が行う予防接種の種類、予防接種を行う医師、予防接種を行う主たる場所を通知する。
- ・ 委託料は、明石市が一般社団法人明石市医師会に委託し、実施する際に要する費用と同額とし、当該金額は契約書において定める。
- ・ 実施に使用するワクチンは契約医療機関で購入し、当該ワクチン代は委託料に含む。
- ・ 委託料の請求に使用する実施報告書兼委託料請求書等の書類の提出や、委託料の支払いは、明石市と契約医療機関の間で直接行う。なお、契約医療機関は、委託料の支払いのため、本市の債権登録することを要する。

2 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。

3 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。

4 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「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。

5 実施期間

令和8年4月1日から令和9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。

6 対象者

次の①②いずれかに該当する明石市民（過去に肺炎球菌ワクチンを接種したことがある者は対象外となりますが、医師が必要と認めた場合は接種することができる）

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。 予防接種券・予診票・リーフレットを同封。
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。

※ 令和7年度中に65歳になり、令和8年度中に接種期間が残っている者で、かつ定期接種未接種者に対しては、令和8年3月中旬に新しい接種券をお送りしています。

（接種券の色が『あずき色⇒オレンジ色に変更』）**注意** 旧接種券は使用不可

7 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）

8 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 36 年 4 月 2 日生まれ ＝ 接種期間：令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 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 歳年をとって、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 8 年 4 月 1 日発行 ＝ 接種期間：令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 4 月 1 日

9 自己負担金額

7,000 円

10 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

11 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【原本】
- ② 介護保険料額決定通知書（1～3段階）【写し】
 - ※ 接種日と同一年度の賦課情報に限る（4～7月に接種する場合は前年度で可）
医療機関においてA4サイズでコピーし、原本は返却すること
- 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（3ヶ月以内に交付されたものに限る）【原本】

「② 介護保険料額決定通知書」の留意点（令和8年度のみ）

令和7年度税制改正における個人住民税に係る給与所得控除の最低保障額が引き上げ（55万円→65万円）されたが、令和8年度の介護保険料計算においては、保険料収入不足を可能な限り防ぐために税制改正の影響を遮断する対応を行うため、本来保険料段階が1～3段階のいずれかに該当する者でも、4段階以上に位置付けられる者が出る。このため、4段階以上であっても市民税非課税世帯に該当する者も一部存在する可能性があるため、4段階以上で非課税世帯であることを主張する者（もしくは課税区分がわからない者）については、保健予防課まで申請するよう案内すること（非課税の場合は①免除決定通知書を保健予防課において発行する）。

12 使用ワクチン

プレバナー20／ファイザー社（令和8年度よりニューモバックス／MSD社から変更）

13 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（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へ申請するよう案内する）。
- ② 接種当日の必要書類（**①**予防接種券(切り取らない)、**②**予診票、**③**マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類、**④**自己負担免除者は確認書類）を説明する。

(2) 当日受付

- 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。

(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

- ① 肺炎球菌ワクチン（プレベナー20）0.5ml を筋肉内に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（自己負担免除者は除く）を徴収する。

14 実施報告

次の書類を接種翌月5日までに明石市保健予防課に提出する。

- ① 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
- ② 令和8年度 明石市高齢者肺炎球菌予防接種報告書兼委託料請求書（神戸市医療機関用）

15 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。

16 健康被害発生時の対応

予防接種による健康被害また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（URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）で報告する。

17 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（通常37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません）
- 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またはジフテリアアトキソイド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切な状態にある者

18 予防接種要注意者

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、及び血液疾患及等の基礎疾患を有する者
- ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者、及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状が出たことのある者
- ③ 過去にけいれんの既往のある者
- ④ 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者がいる者
- ⑤ 血小板減少症、凝固障害、抗凝固療法を受けている者
- ⑥ 本剤の成分やジフテリアアトキソイド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 電話番号 **②**

整理番号 ¹ ² 種類 B 0 修 C 3

回数 1 接種日(西暦) 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(筋肉内接種) 接種場所・接種医師名 **⑦**
 LOT. No. 接種量 0.5ml

JER2 B73 70-93×98 4.00

- 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8年5月1日の場合は「5080501」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。

