

## 令和3年度 小川町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施要領

### 1 目的

高齢者の肺炎球菌に起因する肺炎を防止するため、予防接種法に基づき肺炎球菌ワクチン予防接種を行います。

### 2 実施期間

令和3年4月1日～令和4年3月31日

### 3 対象者

小川町に住民票があり、かつ過去に肺炎球菌ワクチン予防接種を受けていない下記の者  
※対象者には通知を出しております。医療機関で通知の確認をお願いいたします。ただし、町で把握できない接種歴がある方にも通知が届くため、接種歴について問診での聞き取りをお願いいたします。

- ①当該年度内に65・70・75・80・85・90・95・100歳になる方(令和5年度までの経過措置)
- ②接種日(誕生日前日から可)に60歳以上64歳で心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する方(障害者手帳1級の方)

令和3年度 対象者 生年月日表

65歳	昭和31年4月2日生～昭和32年4月1日生の方
70歳	昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生の方
75歳	昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生の方
80歳	昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生の方
85歳	昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生の方
90歳	昭和 6年4月2日生～昭和 7年4月1日生の方
95歳	大正15年4月2日生～昭和 2年4月1日生の方
100歳	大正10年4月2日生～大正11年4月1日生の方

### 4 接種方法および接種内容

#### (1) 接種方法

- ① 接種希望者は医療機関にワクチンの予約をします。  
(予約をするよう通知でお願いしております)
- ② 接種希望者は、予約した医療機関へ本人の名前が書いてある通知書・健康保険証・受給証(生活保護受給者のみ)・身体障害者手帳(「3 対象者②」のみ)を持参します。  
接種の前に、医療機関は対象に該当するかどうか通知を見て確認を行ってください。

生活保護受給者については生活保護受給証を確認し、写しを予診票に添付してください。なお、予診票の右上に(生保)と御記入ください。

「3 対象者②」に該当する方につきましても、生年月日・身体障害者手帳を確認してください。受給と同様に、身体障害者手帳の写し等も併せて予診票に添付してください。

- ③ 接種希望者に、予診票(3枚複写)を記入してもらい、医師から診察・説明をお願いします。問診の際に接種歴を必ず御確認ください。過去に1度でも成人用肺炎球菌ワクチンを接種している場合は、定期での接種ができません。しかし例外として、プレバナーの接種歴がある方につきましては、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドにて定期接種を行うことができます。
- ④ 医師は、接種希望者の意思確認を確実に行ってください。確認後、予診票の医師署名欄に自署してください。(医師署名欄は、ゴム印+押印も可)※記入漏れがないようお願いいたします。
- ⑤ 接種希望者は医師の接種判定後、希望書(予診票下部)に自署してください。自署できない場合は代筆者によって署名し、接種希望者の氏名欄も必ず御記入ください。
- ⑥ 接種後、医療機関は予診票にワクチンのロット番号・実施場所・医療機関名及び医師名・接種年月日を記入してください。

## (2) 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種方法

0.5mlを筋肉内又は皮下注射

## (3) 使用するワクチン

23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド

## 5 予防接種不適合者

- (1) 明らかな発熱を呈している者(体温が37.5℃以上)
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (3) その日に受ける予防接種の接種液の成分でアナフィラキシーを起こしたことがある者
- (4) その他、予防接種を行うことが不適合な状態にある者

## 6 対象者への周知

対象者宛に通知を出しています。通知には、通知書・高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種説明書・町内実施医療機関リストを入れています。他に、小川町HP、広報おがわにも実施内容等を掲載します。

## 7 予防接種の記録

### (1) 予診票

・必ず町指定の予診票(赤紫の縁取り※)に記載してください。

※日本脳炎予診票(薄紫)・水痘予診票(赤)と類似しているので御注意ください。

・予診票は3枚複写になっており、町と医療機関が1部ずつ5年間保管します。3枚目(白

色・縁取りなし)は本人保管用ですので、接種した本人にお渡してください。

・なお、生活保護受給者の予診票については、受給証を確認後、欄外(右上)に**生保**と記入し、写しを裏面に添付してください。「3 対象者②」に該当する方につきましても、受給者証と同様に、身体障害者手帳の写し等も併せて予診票に添付してください。

## (2) 予防接種済証(予診票の3枚目)の交付

肺炎球菌ワクチン予防接種を受けた者に対し、予防接種済証(予診票の3枚目)として、ワクチンロット番号・接種年月日・発行年月日・医療機関名と医療機関長の印を押し、実施医療機関からお渡してください。

## 8 一部負担金

5,000円

生活保護受給者は受給者証提示で無料

## 9 接種委託料

一般・身体障害者 4,780円(ワクチン代、消費税込)

生活保護受給者 9,780円(ワクチン代、消費税込)

予診のみ 2,200円(消費税込)

## 10 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

特定の事情\*があることにより予防接種ができなかったと認められる方につきましては、当該特別の事情がなくなった日から起算して1年を経過するまでの間、定期接種の対象者としてします。

### ※ 特別の事情

#### (1) 次の(i)から(iii)までに掲げる疾病にかかったこと

(i)重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(ii)白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

(iii)(i)又は(ii)の疾病に準ずるものと認められたもの

(2)臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合を除く)

(3)医学的知見に基づき(1)又は(2)に準ずると認められる者

## 11 予防接種後副反応報告制度

(1) 予防接種法施行規則第5条に基づく症状を診断した場合は、**「予防接種後副反応報告書」により速やかに報告してください。**

連絡先：独立行政法人医薬品医療機器総合機構

FAX番号：0120-176-146

※詳細については、別添「定期の予防接種等による副反応疑いの報告書等の取り扱いについて」の一部改正を確認してください。

- (2) (1) の報告は、薬事法の規定による報告としても取り扱うこととするため、重ねて薬事法の規定による報告をする必要はありません。
- (3) 被接種者又は保護者から定期の予防接種後に発生した健康被害に関する相談を受けた場合等には、必要に応じて、都道府県を通じて、厚生労働省健康局結核感染症課へ報告することがあります。  
この場合において、市町村は当該健康被害を診断した医師等に対し、副反応報告の提出をお願いすることがあります。
- (4) 本制度は、予防接種との因果関係の有無に関係なく予防接種後に健康状況の変化をきたした症例について報告を行うものです。これらの症例の中には、予防接種によって引き起こされた反応だけでなく、予防接種との関連性が考えられない紛れ込み事例も含まれるため、後述する「予防接種健康被害救済制度」と直接結びつくものではありません。

## 12 予防接種健康被害救済制度

予防接種法に基づく定期の予防接種により、疾病・障害・死亡等の健康被害を生じた場合には、被害者に対して予防接種健康被害救済制度によって、医療費の支給、障害年金の支給等を行う請求に対して、当該予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定した場合に、小川町が健康被害に対する給付を行なうものです。

また、予防接種法に関わらず、医薬品による重篤な副反応が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を請求することができます。

## 13 委託料の請求方法

実施医療機関等は接種した者の予診票(町保管用)を1か月ごとに集計し、予防接種委託料請求書に添付のうえ、翌月10日までに健康福祉課へ提出してください。なお、該当者に限り**生活保護受給証・身体障害者手帳それぞれの写し**も併せて御提出ください。

\*被接種者自署欄・医師署名欄の記入漏れに御注意ください。

## 14 委託料の支払方法

町は提出された委託料請求書を審査し、適正と認めるときは、請求を受理した日から30日以内に委託料を実施医療機関に支払うものとします。

問合せ 小川町役場 健康福祉課 保健衛生担当  
☎72-1221(内線157, 158)