

港区高齢者肺炎球菌ワクチン任意接種助成事業
実施の手引き

令和6年4月

みなと保健所保健予防課

1. 港区高齢者肺炎球菌ワクチン任意接種助成事業について

(1) 事業の概要

高齢者肺炎球菌感染症については、平成 26 年 10 月に 65 歳の方を対象として定期予防接種B類疾病に追加されました。あわせて 10 年間の経過措置としてワクチン接種をしたことがない方を対象に令和5年度まで、10 年間に1人2回、定期接種の機会を設けてきました。

令和6年4月1日以降は経過措置が終了するため、対象者は65歳の方のみとなりますが、66歳以上の未接種者が一定数いるため、高齢者肺炎球菌感染症の発症を防止するとともに、区民の心身の健康を増進し、経済的な負担を軽減する目的で、「高齢者肺炎球菌ワクチン任意予防接種事業」を令和6年度限定で実施します。

(2) 対象者

接種日現在、66 歳以上の港区民で、かつ肺炎球菌ワクチンを一度も接種したことのない接種を希望する者

(3) 委託料

定期予防接種と同額

(4) 助成回数

1回

(5) 接種ワクチン

2 3 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン

(6) 実施方法

- ① 港区医師会と業務委託契約を締結、実施協力の意向確認に応じた医療機関で実施します。
- ② 実施協力に応じた医療機関の一覧を作成し、接種希望者及びホームページ等にて公表します。
- ③ 区に助成を申請した接種希望者が予診票を持参したら接種を実施し、予診票に記載された自己負担額を接種希望者にご請求ください。自己負担額は定期予防接種に準じます。
- ④ 翌月の指定日までに、「港区任意予防接種助成事業実施報告書」に請求用の予診票を添えて、医師会にご提出ください。

(7) 実施期間

令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日 予診票の期限は当該年度(年度末)までです。

(8) 医療機関への支払い額(業務委託料)

委託料は任意接種単価表をご確認ください。

高齢者肺炎球菌任意予防接種は、一部公費負担となります。接種者から予診票に記載されている自己負担

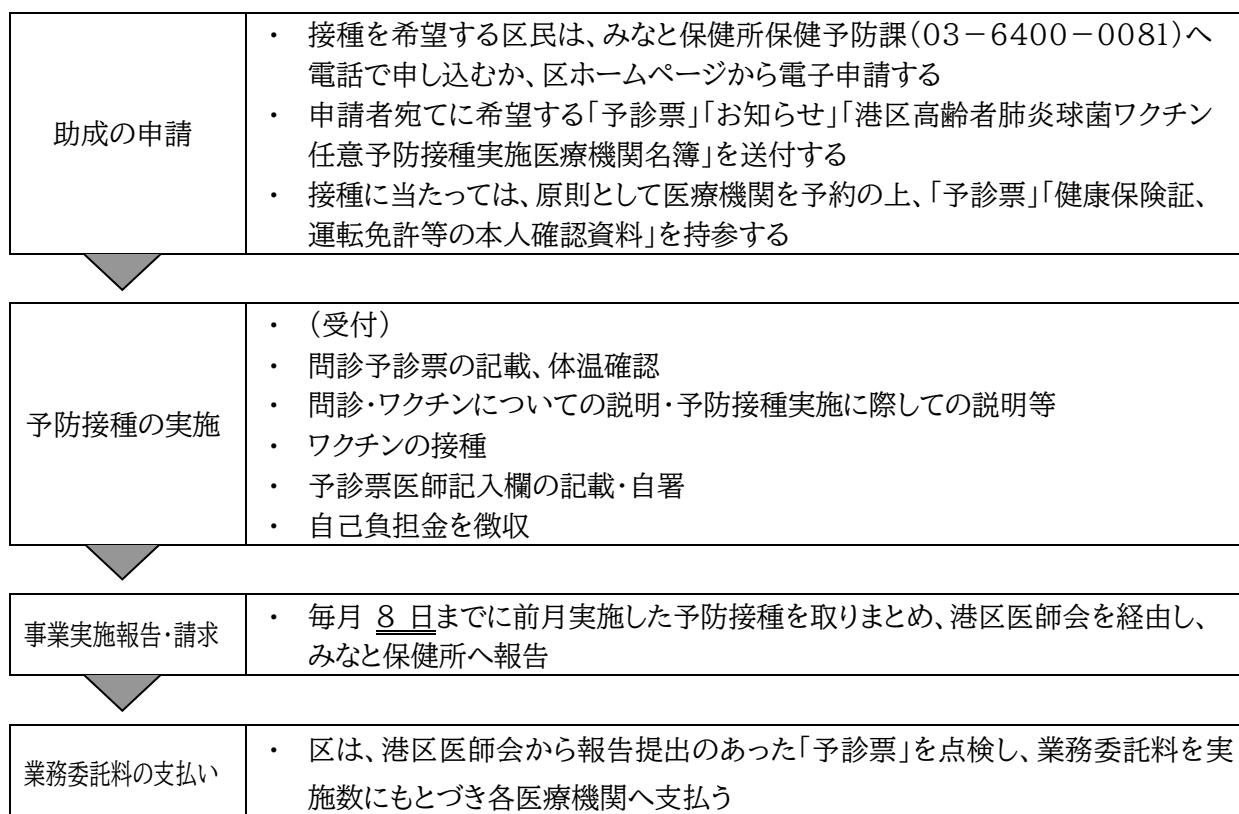
金を徴収してください。

自己負担金 1,500円 ※ただし生活保護受給者等は自己負担金免除

(9) 実施にあたって

- ① 「予防接種予診票」については、事前の申請によって保健所が発行します。区が発行した予診票を持参された方のみが助成を受けられます。定期予防接種の予診票を書き換えての使用はできません。
- ② 予防接種後に費用を請求できる償還払い制度はありません。
- ③ 本事業は、港区独自の事業となります。住民票が港区にある方(港区民)の助成制度です。
- ④ 港区民以外の方が、ワクチン接種を受けに来院された場合は、自己負担となります。定期接種のように23区での協定は行っておりません。
- ⑤ 予診のみの請求はありません。
- ⑥ 予診票は、3枚複写(請求用・医療機関控・本人控)になっています。

(10) 事業の流れ



2. 予防接種について

(1) 当日の受付

予防接種希望者には、来院する際の必要書類を次のとおりとしております。

- ・予防接種予診票
- ・健康保険証又は免許証等(港区民であることがわかる物)

本事業の助成対象であること、予診票質問事項欄で過去に肺炎球菌(23 価)の接種を受けたことがないことを確認してください。

任意予防接種の予診票の色は「白」です。「あずき色」の定期予防接種とは制度が異なります。

(2) 問診・ワクチン接種の事前説明

予防接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(予防接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、予防接種不適合者または、予防接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいか等を判断するためには、予診票を活用し、十分な問診・説明を行ってください。

予防接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能であるかと判定する重要な資料です。

※予診票質問事項 1 肺炎球菌ワクチン(23 価)の接種を受けたことがありますか。に「はい」と回答している方は対象外です。接種しないでください。

(3) 健康被害制度の説明について

ワクチン接種にあたりましては、副反応の説明と健康被害への対応を説明し、接種を行ってください。万一、本事業の予防接種により、健康被害(死亡又は障害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成 14 年 12 月 20 日法律第 192 号)及び港区予防接種事故災害補償要領(平成 23 年 4 月 1 日 22 港総総第 1958 号)の定めによる補償の対象となる場合があります。

(4) ワクチン接種

予防接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害制度などを被接種者へ説明し、予防接種の実施の同意を得てください。

(5) 予診票への記入及び接種記録票の交付

予診票は、3 枚複写(請求用、医療機関控、本人控)となっています。ワクチン接種の可否等、「(7) 予防接種予診票の記入について」に沿って医師が記入・署名してください。

(6) 予防接種にかかる費用について

予診票に記載された自己負担額を予防接種希望者にご請求ください。金額は定期予防接種の金額に準じています。

(7) 予防接種予診票の記入について

予診票記入の注意

令和6年度高齢者用肺炎球菌任意接種予診票 港区民のみ 請求用

	令和7年3月31日まで有効
	港区外に搬出した場合、この予診票は使用できません。
受ける人の名前	
生年月日	(満 歳) 性別

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	回答欄		※医師記入欄
1 肺炎球菌ワクチン（23価）の接種を受けたことがありますか。 *「はい」と記入の方は、対象外です。この予診票は使用できません。	はい	いいえ	
2 今日受ける肺炎球菌予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。	はい	いいえ	
3 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
5 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
6 心臓病、胃腸病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7 現在、ほかになにか病気にかかっていますか。病名 ()	はい	いいえ	
治療（ステロイド剤やその他の投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
9 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 () 接種日 / /	はい	いいえ	
12 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

各質問項目を確認し、確認後、 チェック等してください。

太枠内は予防接種希望者が記入します。記入漏れがないか、ご確認ください。

医師記入欄 ※
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよ）
 本人または代理人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度に
 説明をしました。
 医師署名又は記名押印

医師の記入欄は、予防接種する医師が、被接種者等との問診等により、接種の可否を判断したかを確認するための重要な項目となっております。
 接種医名の記入は、接種医「本人の自署」又は、「記名押印」が必要です。

本人記入欄(自署欄)
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用
 などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確
 本予診票が区に提出されることに同意します。
 (西暦) 年 月 日 被接種者または代理人の署名
 (接種年月日と同日を記入してください。)

予防接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないよう確認願います。

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名	
ニューモバックス Lot No.	0.5 ml	実施場所名・住所・電話番号	
	接種方法	接種医師名	
	皮下・筋肉内		
	接種部位	接種年月日 (西暦) 年 月 日	
	左・右		

(注)有効期限が切れていないか医師確認

予防接種した「Lot No.(ワクチンシールの貼付)」「接種方法」「接種部位」「接種した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日」を記載漏れのないようご注意ください。

接種日時を記入漏れがないようご注意ください。

3. 実施報告・費用請求について

「予防接種予診票」の1枚目「請求用」を1か月分にとりまとめ、「港区任意予防接種助成事業実施報告書」を添えて、翌月8日までに港区医師会事務局へ提出してください。

その後、港区では、港区医師会から提出された書類を点検し、委託料として、貴医療機関の届出口座へ振り込みます。

4. 問合せ

本事業に関して不明な点がありましたら、お問い合わせください。

港区みなと保健所 保健予防課保健予防係

住 所 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号

電 話 03-6400-0081

FAX 03-3455-4460

Email hoken02@city.minato.tokyo.jp