

令和5年度

徳島県予防接種広域化事業

(高齢者の肺炎球菌感染症)

高齢者を対象にした 肺炎球菌ワクチンの 定期接種^{※1}を実施しています。

※1 予防接種法に基づき市区町村が実施する定期の予防接種

肺炎球菌とは

肺炎球菌は主に気道の分泌物に含まれる細菌で、唾液などを通じて飛沫感染し、気管支炎や肺炎、敗血症などの重い合併症を引き起こすことがあります。

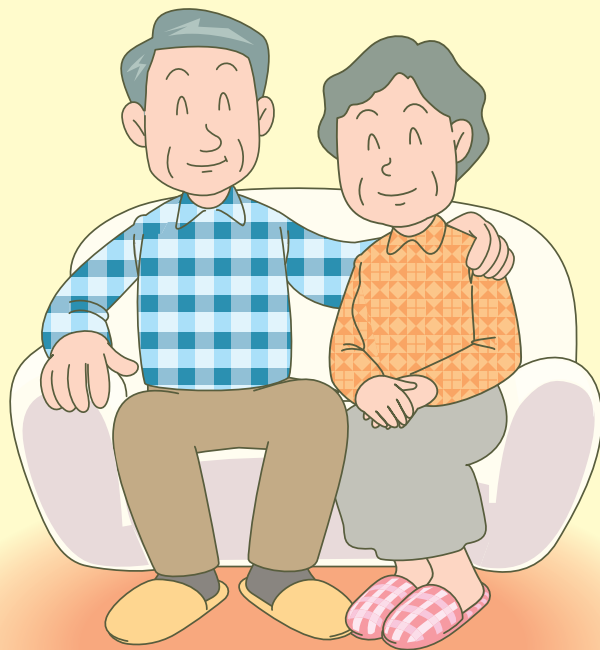
肺炎はわが国の死亡原因の第5位となっています。また、日常的に生じる成人の肺炎のうち1/4～1/3は肺炎球菌が原因と考えられています。

定期接種の対象者は

主に65歳以上で裏面の生年月日に該当する方は、肺炎球菌ワクチンの定期接種を1回受けることができます。定期接種の対象となる方は毎年度異なるため、この機会を逃さないようにご注意ください^{※2}。

くわしくは裏面をご覧ください。

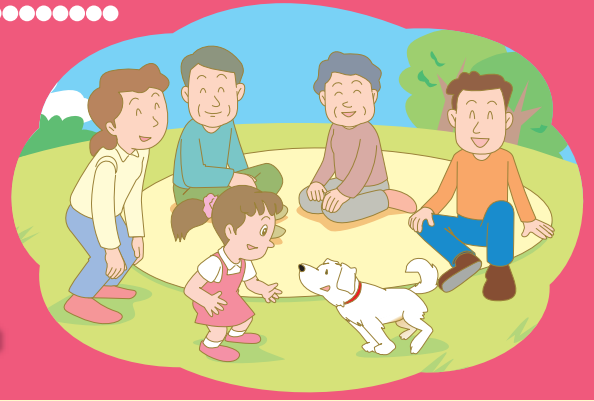
※2 過去に高齢者を対象にした肺炎球菌ワクチン〔23価肺炎球菌ワクチン(一般名:23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン、商品名:ニューモバックスNP)〕の接種を受けたことがある方は定期接種の対象となりません。



接種費用の
公費負担など詳細については、
お住まいの市区町村に
お問い合わせください。

医療機関名

高齢者を対象にした 肺炎球菌ワクチンの 定期接種を実施しています。



定期接種の対象者は毎年度異なるため、接種の機会を逃さないようご注意ください

2023(令和5)年度(2023年4月1日から2024年3月31日まで)は①もしくは②の方が定期接種の対象です。

対象者①(生年月日)

2023(令和5)年度に	
65歳となる方	昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生
70歳となる方	昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生
75歳となる方	昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生
80歳となる方	昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生
85歳となる方	昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生
90歳となる方	昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生
95歳となる方	昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生
100歳となる方	大正12年4月2日生～大正13年4月1日生

対象者②

60歳から65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能が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やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある方

※過去に高齢者を対象にした肺炎球菌ワクチン〔23価肺炎球菌ワクチン(一般名:23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン、商品名:ニューモバックスNP)〕の接種を受けたことがある方は定期接種の対象となりません。

肺炎球菌ワクチンとは

肺炎球菌には90種類以上の血清型があり、定期接種で使用される「23価肺炎球菌ワクチン(一般名:23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン、商品名:ニューモバックスNP)」は、そのうちの23種類の血清型を予防の対象としたワクチンです。この23種類の血清型は、成人侵襲性肺炎球菌感染症の原因の約6割～7割を占めるという研究結果があります。

※侵襲性感染とは本来は菌が存在しない血液、髄液、関節液などから菌が検出される感染症のことをいいます。

過去に「23価肺炎球菌ワクチン」を接種したことがある方

「23価肺炎球菌ワクチン」を接種したことがある方は定期接種の対象とはなりません。また、「13価肺炎球菌ワクチン(一般名:沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン、商品名:プレベナー13)」は、2023(令和5)年4月1日時点では定期接種に使用できません。ただし「13価肺炎球菌ワクチン」を接種したことがある場合でも「23価肺炎球菌ワクチン」を定期接種することができます。

肺炎球菌ワクチンの接種後には副反応が生じることがあります

肺炎球菌ワクチンの接種後にみられる主な副反応には、接種部位の症状(痛み、赤み、腫れなど)、筋肉痛、だるさ、発熱、頭痛などがあります。接種後に気になる症状や体調の変化があらわれたら、すぐ医師にご相談ください。

予防接種健康被害救済制度について

定期の予防接種による副反応のために、医療機関で治療が必要な場合や生活が不自由になった場合(健康被害)は、法律に定められた救済制度(健康被害救済制度)があります。制度の利用を申しこむときは、お住まいの市町村にご相談ください(制度を利用するためには、一定の条件があります)。※詳細は、厚生労働省HPをごらんください。「予防接種 救済制度」で検索できます。

令和5年度予防接種委託料（単価）一覧表

（県内市町村統一単価となっています）

予防接種の種類	単 価
高齢者の肺炎球菌感染症ワクチン	8, 7 8 3 円
接種不可	1, 5 8 4 円

令和5年度広域化予防接種各市町村担当課および請求書等締切日について

※請求書および完了報告書を各市町村へ送付するときには予診票も添付してください。

市町村	担当課名	〒	住所	電話番号	完了報告書の提出期日	請求書の提出期日
徳島市	健康長寿課	770-8571	徳島市幸町2丁目5	088-621-5523	毎月10日	毎月10日
鳴門市	健康増進課	772-0003	鳴門市撫養町南浜字東浜24-2	088-684-1206	毎月10日	毎月10日
小松島市	保健センター	773-0001	小松島市小松島町字新港9-10	0885-32-3551	毎月10日	毎月10日
阿南市	保健センター	774-0045	阿南市宝田町荒井6-1	0884-22-1590	毎月10日	毎月10日
吉野川市	健康推進課	776-8611	吉野川市鴨島町鴨島115-1	0883-22-2268	毎月10日	毎月10日
阿波市	健康推進課	771-1695	阿波市市場町切幡字古田201-1	0883-36-6815	毎月10日	毎月10日
美馬市	保険健康課	777-8577	美馬市穴吹町穴吹字九反地5	0883-52-5611	毎月10日	毎月10日
三好市	健康づくり課	778-0004	三好市池田町シンマチ1476-1	0883-72-6767	毎月10日	毎月10日
勝浦町	福祉課	771-4395	勝浦町大字久国字久保田3	0885-42-1502	毎月10日	毎月10日
上勝町	住民課	771-4501	上勝町大字福原字下横峯3番地1	0885-46-0111	毎月10日	毎月10日
佐那河内村	健康福祉課	771-4195	佐那河内村下字西ノハナ31	088-679-2971	毎月10日	毎月10日
石井町	健康増進課 (保健センター)	779-3233	石井町石井字石井380-11	088-674-0001	毎月10日	毎月10日
神山町	健康福祉課	771-3395	神山町神領字本野間100	088-676-1114	毎月10日	毎月10日
那賀町	保健センター	771-5410	那賀町大久保字大西3-2	0884-62-3892	毎月10日	毎月10日
牟岐町	健康生活課	775-8570	牟岐町大字中村字本村7-4	0884-72-3417	毎月10日	毎月10日
美波町	健康増進課	779-2305	海部郡美波町奥河内字井ノ上13-2	0884-77-3621	毎月10日	毎月10日
海陽町	子どもあゆみ保健課	775-0395	海陽町奥浦字新町44	0884-73-4313	毎月10日	毎月10日
松茂町	保健相談センター	771-0220	松茂町広島字三番越2-2	088-683-4533	毎月10日	毎月10日
北島町	健康保険課	771-0285	北島町中村字上地23-1	088-698-9805	毎月10日	毎月10日
藍住町	保健センター	771-1203	藍住町奥野字矢上前32-1	088-692-8658	毎月10日	毎月10日
板野町	福祉保健課	779-0104	板野町吹田字町南22-2	088-672-5986	毎月10日	毎月10日
上板町	健康推進課 保健相談センター	771-1392	上板町七條字経塚42	088-694-3344	毎月10日	毎月10日
つるぎ町	保健センター	779-4101	つるぎ町貞光字中須賀68-1	0883-62-3313	毎月10日	毎月10日
東みよし町	健康づくり課	779-4795	東みよし町加茂3360	0883-82-6323	毎月10日	毎月10日

令和5年度
徳島県予防接種広域化による
請求書・業務完了報告書
(高齢者の肺炎球菌感染症)

[記載の仕方]

【記載例】

徳島県予防接種(高齢者の肺炎球菌感染症) 広域化委託契約請求書

日付は空けてください

請求日 令和 年 月 日

市町村名をご記入ください

〇〇市(町村)長 殿

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

代表者(理事長又は院長)のお名前も記入の上、医療法人なら理事長印を、個人医療機関なら代表者個人印を押印してください。

鮮明に押印してください。シャチハタ不可。

印

市町村名をご記入ください

請求年月を記入してください

令和 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 〇〇市(町村) 分の費用について、以下のとおり請求します。

金額												円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料	請求額	備考
高齢者の肺炎球菌感染症(自己負担金徴収者)	件	4,783 円	円	自己負担額4,000円
高齢者の肺炎球菌感染症(自己負担金免除者)	件	8,783 円	円	
接種不可者	件	1,584 円	円	
合計	件		円	請求金額と一致

※委託料は接種単価(予診料・ワクチン代・接種手技料・消費税)から自己負担額を除く額とする。

口座振込先
金融機関名 () 店舗名 ()
預金種別 (1 普通 2 当座 3 その他)
口座番号 () (右づめ)
口座名義人(カタカナ書き)
()

【記載例】

徳島県予防接種(高齢者の肺炎球菌感染症)
広域化委託契約業務完了報告書

日付は空けてください

令和 年 月 日

市町村名をご記入ください

〇〇市(町村)長 殿

医療機関コード

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

代表者(理事長又は院長)のお名前も記入の上、医療法人なら理事長印を、個人医療機関なら代表者個人印を押印してください。

印

請求年月を記入してください

鮮明に押印してください。
シヤチハタ不可

令和 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了したので、ご報告します。

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料	請求額	備考
高齢者の肺炎球菌感染症 (自己負担金徴収者)	件	4,783 円	円	自己負担額4,000円
高齢者の肺炎球菌感染症 (自己負担金免除者)	件	8,783 円	円	
接種不可者	件	1,584 円	円	
合計	件		円	請求金額と一致

徳島県予防接種実施要領

（高齢者の肺炎球菌感染症）

徳島県予防接種（高齢者の予防接種）広域化実施要領

1 趣旨

予防接種の機会の拡大を図ることにより、感染症の流行を未然に防止し、地域住民の健康の増進に寄与するため、従来の各市町村域内における予防接種体制の充実・強化に努めながら、特別な事情を有する者にあつては、住所地市町村以外の医療機関においても円滑に接種を受けることができる「予防接種広域化」を、各市町村、一般社団法人徳島県医師会（以下「県医師会」という。）及び徳島県の連携の下、実施する。

2 予防接種広域化の対象者

- (1) 住所地市町村以外の医療機関で予防接種を希望する者
- (2) 定期予防接種を予防接種広域化のみで実施する市町村の住民である者
- (3) 接種不適その他やむを得ない理由により接種機会を逃した者

3 対象予防接種

- (1) 定期予防接種
 - ア 高齢者のインフルエンザ
 - イ 高齢者の肺炎球菌感染症

4 実施期間

アは、「定期接種の接種体制等に関する市町村等連絡調整会議」において定める。
イは、通年とする。

5 接種の手続

県医師会に委任した医療機関（以下「広域医療機関」という。）は、接種希望者からの申込みにより健康保険証等に基づき、住所等所要事項を確認の上、接種を行うものとする。

6 委託料

- (1) 委託料の額は、接種単価（接種手技料とワクチン代を合算した金額（消費税等を含む。））から自己負担額を除く額及び接種不可の場合の額とする。
- (2) 各市町村が支払う委託料の額は、県が示す例示額を参考に、各市町村が地域の郡市医師会と協議の上定める。
- (3) 被接種者自己負担金は、居住する市町村が定める料金を接種医療機関にて徴収する。

7 委託料の請求及び支払

- (1) 広域予防接種を実施した広域医療機関は、委託料請求書（以下請求書という。）及び予診票（自治体によって業務完了報告書）を遅滞なく被接種者の住所地市町村（以下「住所地市町村」という。）に直接送付するものとする。なお、費用徴収免除者及び接種対象者（60から64歳）については、参考資料に基づき対象者を確認し、必要事項を予診票に記載すること。
- (2) 各市町村は、正当な請求書を受理したときは、審査の上遅滞なく支払うものとする。

8 その他の留意事項

- (1) 広域医療機関の医師が診療の結果、接種を見合わせた場合を接種不可とし、接種不可委託料を住所地市町村に請求するものとする。
- (2) ワクチンについては、広域医療機関が購入し、適切に保管するものとし、ワクチンの保管、使用については、昭和41年厚生省公衆衛生局長通知「予防接種ワ

- ワクチンの取扱いについて」を遵守し、予防接種を実施するものとする。
- (3) 予防接種済証の交付については、厚生労働省の定める「定期接種実施要領（厚生労働省健康局長通知）」に基づく様式等により交付すること。
- (4) 予防接種広域化契約に係る広域医療機関と県医師会長との委任については、様式 1-1 又は様式 1-2 によるものとする。
また、委任事項の変更又は予防接種の実施の辞退については、様式 2-1 又は様式 2-2 及び様式 3-1 又は様式 3-2 によるものとする。
- (5) 予診票及び請求書については、各市町村が作成した様式を使用する。県及び県医師会は、あらかじめ広域医療機関に各市町村の請求書様式集を送付する。
- (6) 市町村が、委託料を変更しようとする場合には、県医師会及び関係受託医療機関と事前に十分協議を行い、契約期間満了の 1 か月前に意思表示をするものとする。
- (7) 広域医療機関は、誤った用法用量でワクチンを接種した、有効期限の切れたワクチンを接種した等の重大な健康被害につながる恐れのある予防接種事故発生時においては、以下の内容を任意の報告書に基づいて被接種者の住所地の市町村長へ報告するものとする。
- ア 予防接種を実施した機関
イ ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
ウ 予防接種を実施した年月日
エ 事故に係る被接種者数
オ 事故の概要と原因
カ 健康被害発生の有無（健康被害が生じた場合は、その内容）
キ 今後の再発予防策
- なお、市町村は、上記報告を受け取った場合、以下の内容を追記して、速やかに県に報告すること。
- ク 市町村長の講じた事故への対応（公表の有無を含む）

- ただし、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い事故については、事故の概要のみを任意の様式にまとめ、毎年 4 月 15 日までに、県に報告すること。
- (8) 広域医療機関において広域予防接種実施中に生じた健康被害については、住所地市町村がその処理に当たるものとする。
- (9) 県は、予防接種広域化の実施に当たり、必要に応じて、契約等に係る市町村の書類の取りまとめや広域医療機関リストの市町村への配布、市町村委託料リストの取りまとめなど、市町村と県医師会との間で事務を取り扱い、相互の連絡調整を図るものとする。
- (10) 予防接種広域化の円滑な実施を目的として、「定期接種の接種対等に関する市町村等連絡調整会議」を設置する。
- (11) この要領は、国の「定期接種実施要領」を補完するものとする。
- (12) この要領で定める事項又はこの要領で定めのない事項で疑義が生じたときは、県等関係者の協議により、解決を図るものとする。

- 附 則
この要領は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。
- 附 則
この要領は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。
- 附 則
この要領は、平成 29 年 11 月 1 日から施行する。
- 附 則
この要領は、令和 2 年 10 月 1 日から施行する。
- 附 則
この要領は、令和 3 年 10 月 1 日から施行する。

様式 1 - 2 (高齢者の肺炎球菌感染症)

委 任 状

年 月 日

一般社団法人徳島県医師会長 殿

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名

印

(電話番号 - -)

※請求者と同じであること。

定期予防接種（予防接種法第2条第3項に定める高齢者肺炎球菌感染症）の対象者が徳島県内において広域的に予防接種を受けることができる体制を整備し、接種機会の拡大とかかりつけ医による接種を推進するため、該当市町村と徳島県予防接種広域化委託契約を締結することについて、一般社団法人徳島県医師会を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

なお、当法人・医療機関における接種医師は、次のとおりです。

1 委任するに当たっての条件

(1) 予防接種を実施した際の接種費用（委託料）の請求及び受領は、該当市町村と当法人（医療機関）との間で直接行うものとする。

(参考) 口座名義：

(2) 対象予防接種

高齢者の肺炎球菌感染症

2 接種医師

氏 名	氏 名	氏 名	氏 名

(注) 適宜別紙として差し支えない。

様式 2 - 2 (高齢者の肺炎球菌感染症)

委任状 (変更分)

年 月 日

一般社団法人徳島県医師会長 殿

所在地
法人名
医療機関名
代表者職・氏名

印

※請求者と同じであること。

年 月 日付けで、定期予防接種（予防接種法第2条第3項に定める高齢者肺炎球菌感染症）の対象者が徳島県内において広域的に予防接種を受けることができる体制を整備するに当たり、該当市町村と契約を締結するため提出した委任状の記載事項に変更がありましたので、次の条件を付けて改めて委任します。

1 委任者名

	変更前	変更後
所在地		
法人・医療機関		
施設名		
代表者職・氏名		
電話番号	— —	— —

2 口座名義

3 接種医師

氏名	氏名	氏名	氏名

(注) 適宜別紙として差し支えない。

様式 3 - 2 (高齢者の肺炎球菌感染症)

辞 退 届

年 月 日

一般社団法人徳島県医師会長 殿

所 在 地

医療機関名

代表者職・氏名

印

※請求者と同じであること。

年 月 日付けで、定期予防接種（予防接種法第2条第3項に定める高齢者肺炎球菌感染症）の対象者が徳島県内において広域的に予防接種を受けることができる体制を整備するに当たり、該当市町村と契約を締結するため提出した委任状について、年 月 日付けをもって解除し、広域的な予防接種の実施を辞退いたします。

2 高齢者肺炎球菌ワクチン

(1) 費用徴収免除者及び確認方法等について

ア 医療機関での実施事項

被接種者が提示する受給証明書により要件を確認し、接種後は予診票の表に「免」と記載し（免除区分の記載欄がある場合は区分にチェックする）、請求書と併せて市町村に送付する。

イ 市町村での実施事項

対象者が生活保護受給者（全額免除対象者）であるかを確認する。

(2) 各市町村にて、独自で取組む事項について

ア 石井町

(ア) 対象者及び免除額

定期予防接種の対象となる者全員（全額免除）

(イ) 医療機関での実施事項

町が発行する接種券を確認

イ 海陽町

(ア) 対象者及び免除額

住民税非課税世帯（全額免除）

(イ) 医療機関での実施事項

なし（被接種者が自己負担分を支払い、後に役場で償還払いする）

ウ 神山町

(ア) 対象者及び免除額

神山町内医療機関で接種した者（免除額2,000円）

(イ) 医療機関での実施事項

町が発行する予診票を確認

(4) 接種対象者（60から64歳）の確認方法等について

ア 医療機関での実施事項

主治医の判断及び、身体障害者手帳の提示等により確認を行う。また、予診票に対象となる理由を記載し、予診票と請求書を併せて市町村へ報告する。

(5) 予診票を持たずに受診した場合の対応

ア 医療機関での実施事項

接種対象者であることを確認し、住所地の市町村窓口へ案内する。