

千葉県高齢者肺炎球菌予防接種事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、市長が実施する高齢者肺炎球菌予防接種（以下「予防接種」という。）の実施に関して必要な事項を定め、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

（実施主体）

第2条 実施主体は、千葉県とする。

（実施方法）

第3条 市長が一般社団法人千葉県医師会及び医療機関と委託契約を締結し、原則として個別接種により行うものとする。

（対象者）

第4条 予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく予防接種（以下「定期接種」という。）の対象者は、本市に住民登録がある者であって、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者とする。

- （1）平成26年10月1日から平成31年3月31日までの間は、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者
- （2）60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

2 本市が独自に行う予防接種（以下「独自事業」という。）の対象者は、本市に住民登録がある者であって、接種時点で次の各号のいずれかに該当するものとする。

- （1）76歳以上となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者であって、前項第1号の対象とならないもの
- （2）65歳以上で且つ、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定める者であって、前項第1号の対象とならないもの

3 第1項及び第2項の規定にかかわらず、23価莢膜ポリサッカライドワクチンの接種を1回以上受けたことのある者は予防接種の対象外とする。

4 接種回数は、一人1回とする。

（協力医療機関）

第5条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種を受けるものとする。

- 2 協力医療機関は、「千葉県高齢者肺炎球菌予防接種の手引き」及びワクチンの添付文書の記載事項並びに予防接種関係法令を順守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

(予診票)

第6条 対象者は、市長の指定する予診票（様式第1号）を使用するものとする。

- 2 協力医療機関は、前項の予診票を月ごとに取りまとめ、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(接種負担金)

第7条 予防接種を受けた者（以下「被接種者」という。）は、接種負担金（以下「負担金」という。）として、3,000円（消費税及び地方消費税を含む。）を協力医療機関に支払うものとする。

(接種負担金の免除)

第8条 前条の規定にかかわらず、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者は、負担金の全額免除を受けることができる。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている者。
 - (2) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付を受けている者。
 - (3) 世帯主及びすべての世帯員が、当該実施期間の属する年度分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税が課されていない者。
- 2 負担金の免除を受けようとする者は、実施医療機関に、次の各号に掲げるいずれかの書類を提出しなければならない。
- (1) 介護保険料決定通知書の写し（接種を受ける日において発行された最新のもの。以下、(2) から (5) の項において同じ。）
 - (2) 介護保険料変更通知書の写し
 - (3) 介護保険料決定通知書兼特別徴収開始通知書の写し
 - (4) 介護保険料変更通知書兼特別徴収中止通知書の写し
 - (5) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
 - (6) 生活保護受給証明書（接種時点の受給を証明するもの。以下、(7) も同じ。）
 - (7) 中国残留邦人等の支援給付受給証明書
 - (8) 中国残留邦人等の支援給付の支給が決定されていることを証明する旨の記載のある本人確認証の写し
 - (9) 他市からの転入者については、接種実施前年度の1月1日に居住していた市町村が発行する非課税証明書の写し

- 3 前項の書類を紛失し又は有しない者で、負担金の全額免除を受けようとする者は、市長に対し、高齢者肺炎球菌予防接種負担金免除対象確認申請書兼同意書（様式第2号）を提出しなければならない。
- 4 市長は、前項の申請を受けたときは、第1項の要件に該当するか調査し、該当するときは、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象確認書（様式第3号）を、該当しないときは、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金確認通知書（様式第4号）を、申請者に交付するものとする。
- 5 申請者は、前項の確認書を交付された場合は、協力医療機関に当該確認書を提出しなければならない。

（償還払いの特例）

- 第9条 定期接種の対象者であつて、協力医療機関以外の医療機関を利用した被接種者は、市長へ償還払いの請求を行うことができる。
- 2 償還払いを希望する者は、高齢者肺炎球菌予防接種償還払い請求書兼委任状（様式第5号）に、予診票及び領収書を添えて、市長へ提出しなければならない。
 - 3 市長は、前項の請求を受けたときは、速やかに請求書を審査し、適当と認めるときは、次の各号に定める額を申請者へ支払うものとする。
 - （1）前条第1項に該当しない者については、接種に要した費用から3,000円を控除した額。ただし、4,994円を上限とする
 - （2）前条第1項に該当する者については、接種に要した額。ただし、7,994円を上限とする

（副反応の報告）

- 第10条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、速やかに予防接種後副反応報告書（様式第6号）を独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAXにて報告するものとする。

（事故防止等）

- 第11条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。
- 2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

（健康被害に対する措置）

- 第12条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、次の各号のいずれかにより救済手続きを行う。

(1) 定期接種は、法による。

(2) 独自事業は、千葉県市町村予防接種事故補償等条例（昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19号）による。

2 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づく救済手続きを行うことを妨げるものではない。

(その他)

第13条 この要綱に定めのない事項については、「千葉市高齢者肺炎球菌予防接種の手引き」、ワクチンの添付文書及び予防接種関係法令の規定に準じる。

附 則

この要綱は、平成26年10月 1日から施行する。

この要綱は、平成27年 4月 1日から施行する。

この要綱は、平成28年 4月 1日から施行する。

この要綱は、平成29年 9月25日から施行する。

【千葉市】 高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※医療機関記入欄（該当する方にチェックを入れてください）				☐ 定期接種		☐ 市独自事業	
フリガナ				男・女	電話	()	
氏 名							
住 所	千葉市 区						
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日 生 () 歳	本日の体温	度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今までに肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)の予防接種を受けたことがありますか ※肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)の予防接種を受けたことがある方は、対象となりません	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気など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から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか	いいえ	はい	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください()	はい	いいえ	
今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	
今日の予防接種について聞きたいことがありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

被接種者の記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を(希望します ・ 希望しません) この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。 平成 年 月 日 本人署名 代筆者署名() 続柄() 本人が署名できない場合は本人の意思を確認した上で、代筆者が署名し、続柄を記入してください。	

メーカー名 Lot No.	接 種 量	医療機関名 接種医師名	
有効期限 平成 年 月 日	筋肉内・皮下 0.5ml		
接種年月日 平成 年 月 日			

(切り取り)

【千葉市】 高齢者肺炎球菌予防接種(医療機関控)

1 被接種者名	2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 平成 年 月 日	4 メーカー名 Lot No.

(切り取り)

【千葉市】 高齢者肺炎球菌予防接種済証(本人控)

1 被接種者名	2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 平成 年 月 日	医療機関名 接種医師名
4 メーカー名 Lot No.	

(あて先) 千葉市長

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象確認申請書兼同意書

高齢者肺炎球菌予防接種の自己負担金免除対象であることを確認するため、千葉市が、私及び世帯員の、収入・課税状況並びに介護保険に係る所得段階を調査することに同意します。

申請者 及び 対象者	介護保険被保険者証番号	
	ふりがな	
	氏 名	
		(注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住 所	〒 千葉市 区
		電話番号 ー ー
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

世帯員(対象者以外で同一世帯の方) (注)各世帯員本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

ふりがな	生年月日	本年1月1日現在の 住所地(市区町村名)
氏 名		
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※世帯員が4名以上いる方は、裏面の余白に記載してください。

(申請される方へ)

- ・必要事項をご記入のうえ、下記提出先へ持参(又は郵送)してください。
- ・60歳から64歳の方で、身体障害者手帳(1級)をお持ちの方は、氏名及び障害名等が記載されている部分の写しを添付してください(内容確認後、お返しします)。
- ・免除対象と確認された方へは、後日「高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象確認書(様式第3号)」をお送りしますので、医療機関へ提出してください。
- ・「確認書」は、申請者本人の住所地にお送りします。申請者本人以外の方が「確認書」の受け取りを希望する場合は、申請者本人からの委任状を添付してください。
- ・確認書の交付には10日程度(土日祝日・年末年始の休日を除く)かかります。

提出先：〒261-8755 千葉市美浜区幸町1-3-9 千葉市総合保健医療センター2階
千葉市保健所 感染症対策課 予防接種班

平成 年 月 日

様

千葉市長

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象確認書

以下の者について、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象者であることを確認しました。

免 除 対 象 者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	千葉市 区
	生年月日	年 月 日

本確認書の有効期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

(申請者の方へ)

この確認書を、有効期間内に医療機関に提出し、予防接種を受けてください。

(医療機関の方へ)

予診票にこの確認書を添付して、千葉市保健所感染症対策課にご提出ください。

平成 年 月 日

様

千葉市長

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金確認通知書

平成 年 月 日付けで提出のあった「高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除対象者確認申請書兼同意書」により、下記対象者及び対象者の世帯員の収入及び課税状況等を調査しましたが、予防接種自己負担金免除対象者に該当しませんでしたので、通知します。

高齢者肺炎球菌予防接種を受ける際は、医療機関に、自己負担金3,000円を支払ってください。

記

(対象者)

高齢者肺炎球菌予防接種費用償還払い請求書兼委任状

(あて先) 千葉市長

申請者（予防接種を受けた方）氏名：

(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住所：

連絡先電話番号 — —

高齢者肺炎球菌予防接種を受けましたので、費用について以下のとおり請求します。

請求金額 円

予防接種を受けた日	平成 年 月 日		
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関			
支払った金額【A】	円		
自己負担額【B】 (どちらかに○)	自己負担金免除対象の方		0 円
	上記以外の方		3, 0 0 0 円
請求金額【A－B】	円 (※1)		
受領の委任 (※2) (どちらかに○)	委任しません (私 (申請者) の口座への入金を希望します)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入 金 希 望 口 座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号：		
	ふりがな：		
	口座名義：		

※1 請求額の上限は、自己負担金免除対象の方は4,914円、それ以外の方は3,114円となります。

※2 請求金の入金希望口座の名義が申請者と同一の場合は上の「委任しません」に○を、異なる場合は下の「委任します」に○を記入してください。

【添付書類】

- ①千葉市指定の予診票
- ②領収書の原本

様式第6号

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別						☐ 定期接種		☐ 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又はイニシャル	(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)			性別	1 男 2 女		接種時年齢	歳 月
	住所	都 道 区 市 府 県 町 村			生年月日	T S H	年 月 日生		
報告者	氏名								
		1 接種者 2 主治医 3 その他()							
	医療機関名							電話番号	
接種場所	住所								
	医療機関名								
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)			ロット番号	製造販売業者名		接種回数		
	①						①第 期 (回目)		
	②						②第 期 (回目)		
	③						③第 期 (回目)		
	④						④第 期 (回目)		
接種の状況	接種日	平成 年 月 日	午前・午後 時 分			出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)		
	接種前の体温	度 分		家族歴					
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1カ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)								
	1 有 → 2 無 []								
症状の概要	症状	定期接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。							
		報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名：)							
	発生日時	平成 年 月 日	午前・午後 時 分						
	本剤との因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能				他要因(他の疾患等)の可能性の有無	1 有 →		
		概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)					2 無 []		
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無								
症状の程度	1 重い →	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 [病院名： 医師名： 平成 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院] 6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常							
		2 重くない							
症状の転帰	転帰日	平成 年 月 日							
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状：) 5 死亡 6 不明								
報告者意見									
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後								

	対象疾病	症状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準 (該当する者の番号に「〇」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 視覚異常 m 血小板減少性紫斑症 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻しん 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 —	
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 その他の反応	4時間 28日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 ギラン・バレー症候群 6 血小板減少性紫斑病 7 血管炎 8 肝機能障害 9 ネフローゼ症候群 10 喘息発作 11 間質性肺炎 12 皮膚粘膜眼症候群 13 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎 (これに類する症状であつて、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

<注意事項>

- 報告にあたっては、記入要領を参考に、記入してください。
- 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
- 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
- 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には、「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
- 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
- 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であつて、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
- 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
- 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
- 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
- 報告された情報については、原則として、患者 (被接種者) 氏名、生年月日を除き、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、製造販売業者等と共有します。また、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が報告を行った医療機関等に対し、詳細調査を行う場合があります。調査へのご協力をお願いします。
- 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
- 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただくことなく結構です。
- ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - 広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、薬事法第77条の4の2第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。