

## 令和8年度 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施要領

### 1 接種期間

2026年（令和8年）4月1日 ～ 2027年（令和9年）3月31日

### 2 対象者

藤沢市に住民登録があり、被接種者本人が、肺炎球菌ワクチンの予防効果や副反応などについて理解し、接種を希望する次のいずれかに該当する方。

ただし、国の定期接種実施要領に基づき、接種してからの経過年数を問わず、過去に23価肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方の再接種は、定期接種の対象外とします。

(1) 定期接種対象者 65歳の方（65歳の誕生日の前日～66歳の誕生日の前日まで）

(2) 特例接種対象者（定期接種） ※年齢の特例であり、自己負担金の特例（免除）ではありません。

60歳以上65歳未満の方で、心臓、じん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がいがある方

（厚生労働省令で定められた（別紙1参照）障がい1級程度に該当する方）

その他の障がいは認められません。

確認書類：マイナンバーカード、健康保険の資格確認書、運転免許証等及び障がい者手帳（等級及び障がい分類のわかる写しを予診票に添付する）

※障がい1級程度に該当する方としますが、厚生労働省令には等級の記載はありませんので、心臓、じん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障がい者手帳の交付があり、別紙1の厚生労働省令に該当する方であると医師が確認できれば対象者とします。

(3) 東日本大震災被災者等

(1) または(2)に該当する方で、藤沢市に一時避難している（藤沢市に住民登録がない）被災者が接種を希望する場合、藤沢市民と同様に接種を行い、自己負担金も同様の取り扱いになります。

確認書類：被災証明書等（写しを予診票に添付する）

なお、すでに藤沢市に住民登録のある被災者については藤沢市民として接種を行います。

### 3 委託単価

委託単価については、単価表（別紙2）のとおりです。なお、ワクチン代金を含みます。

### 4 接種回数

接種回数は、1回とします。

### 5 実施内容

(1) 説明：予防接種の効果、予防接種後の副反応並びに健康被害救済制度について、被接種者がその内容を理解できるよう、適切な説明を行ってください。

(2) 接種意思の確認：被接種者の接種意思の確認を行ってください。ただし、本人の意思が確認できない場合は、家族または接種医師の了解をもって接種できるものとします。

(3) 予診：医師が、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない者または予防接種を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを

確認してください。

- (4) 予防接種不適当者：被接種者が次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行わない。
- ① 接種当日、明らかな発熱を呈している方
  - ② 重篤な急性疾患にかかっている方
  - ③ ワクチンの成分に対して過去に明らかなアナフィラキシーを呈したことがある方
  - ④ ①～③に該当する方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方
- (5) 予防接種要注意者（接種の診断を行うに際し、注意を要する者）：健康状態及び体質を勘案し、次のいずれかに該当すると認められる場合には、注意し接種を行ってください。
- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな方
  - 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を呈したことがある方
  - ③ 過去にけいれんの既往のある方
  - 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方
  - ⑤ ワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
- (6) 接種方法：筋肉内注射とし、接種量は0.5mlとします。
- (7) 接種後の対応：接種後30分程度は被接種者の状態を観察できるようにしてください。また、副反応に対応するために必要な体制を整えてください。
- (8) その他、ワクチンの用法・用量等を遵守してください。

## 6 他の予防接種との関係

他のワクチンとの接種間隔については国が定める「定期接種実施要領」とおりとします。

## 7 報告書の提出期日について

- (1) 月末までに実施した分を翌月10日（当日が、土日祝日の場合は前開庁日）必着で、次の書類を健康づくり課に提出してください。支払いは、毎月の提出期日から約30日後になります。
- ① 高齢者肺炎球菌ワクチン接種完了報告書（兼口座振込依頼書）（別紙3-1、記載例は別紙3-2）
  - ② 予診票（藤沢市提出用）
- 各月の提出期日を過ぎた報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。
- ※65歳の誕生日を迎える方に勸奨用の「お知らせ」のはがきを送付していますが、はがきの提出は必要ありません。はがきの添付はしないようご注意ください。
- ※報告書に記載する医療機関名、氏名は指定医療機関名として事前に提出されているものと合致させてください。
- ※書き誤りがあった場合は、新しい用紙に書き直すか二重線で消し、訂正してください。修正液等は使わないでください。
- ※通帳には、「フジサワシ」（カナ表記）と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。
- ※報告件数や請求額の確認用に、完了報告書の内容をお手元に控えてください。
- (2) 提出先は次のとおりです。

提出先 〒251-0022 藤沢市鵜沼2131番地の1

藤沢市健康づくり課（保健所・南保健センター）

提出受付時間 8：30～17：00（土日祝日を除く）

（郵送で提出する場合は、適切な方法（記録が確認できるなど）で発送してください。）

※ただし、各月の提出期日を過ぎた報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。

## 8 ワクチンについて

ワクチンの供給は、直接、医薬品卸売業者等から調達してください。

ワクチンは、令和8年度から沈降20価肺炎球菌結合型ワクチンを使用することとしております。ニューモバックスNP及びニューモバックスNPシリンジ（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）、プレベナー13（沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン）及びプレベナー15（沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン）は、現時点で国が定期接種の対象としていないため、本市でも定期接種の対象外とします。特に、令和7年度まで定期接種の対象としていた23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンは、令和8年度から定期接種では使用できませんので十分ご注意ください（公費での接種にはなりません）。

## 9 予診票について

- (1) 医療機関においては、予診票の保管をお願いします。不足した場合は、健康づくり課に早めに請求してください。
- (2) 接種後、「接種済証兼予診済証」を本人に渡してください。  
また、予診のみの場合も同様としてください。
- (3) 予診票が不足した場合は、健康づくり課にお問い合わせください。

## 10 自己負担金の徴収・免除

指定医療機関（貴医療機関）の窓口において、次のとおり費用の徴収または免除を行うものとします。

費用免除者が接種した場合には、予診票右上の「免除」に○印をしてください。

また、予診のみの場合は、予診票右上の「予診のみ」に○印をしてください。

- (1) 費用徴収者（貴医療機関の領収書を必ず発行してください）  
【自己負担金の額】 3,700円※  
※使用ワクチンの変更に伴い令和8年度から変更しておりますのでご注意ください。
- (2) 費用免除者
  - ①生活保護受給者確認書類：市町村が発行する「生活保護受給証明書」  
証明書を持参せずにはやむを得ず、接種を希望される場合は、藤沢市生活援護課（電話 0466-50-3572）または援護を受けている市町村に確認してください。  
※他市で生活保護を受けている場合は、「生活保護受給証明書」の写しを予診票に添付
  - ②支援決定された中国残留邦人 確認書類：市町村が発行する「本人確認証」

## 11 健康被害

予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度が適用されます。

## 12 副反応の報告

- (1) 接種後に異常反応を疑う症状がみられた場合は、速やかに応急処置を行ってください。

- (2) 予防接種の接種後「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」に記載されている症状を診断した場合は、速やかに電子報告システム（報告受付サイトURL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告してください。電子的な報告が困難な場合は、予防接種後副反応疑い報告書、若しくは国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告入力アプリにて作成した様式を使用し、FAXにて報告してください。（FAX番号：0120-176-146）
- (3) (2) の報告にあわせて、藤沢市健康づくり課にも同様にFAXにて報告すること。（健康づくり課 FAX番号：0466-28-2280）

### 1.3 予防接種時の間違い接種及び事故の報告

- (1) 受託医は、実施した予防接種において、万が一、間違い接種や事故が発生した場合は、健康づくり課に速やかに電話で報告し、併せて「予防接種事故報告書」（別紙4）を提出すること。なお、委託料の支払いにかかわらず、被接種者が定期予防接種を受けることを目的に来院し、実施したものについては報告の対象とする。
- (2) 受託医は、発生した間違い接種や事故について、被接種者及び保護者に対し、十分な説明を行うこと。
- (3) 健康づくり課において間違い接種等を把握した場合、受託医に状況の確認をすることがあるので、協力すること。
- (4) 間違い接種や事故の事例は、厚生労働省及び藤沢市予防接種運営協議会に報告を行う。

### 1.4 個人情報の守秘義務

業務に従事している者または従事していた者が、個人の秘密に関する管理情報を提供し、または漏らした場合は、個人情報の保護に関する法律による罰則を適用します。

以上

## 別紙1

予防接種法の一部を改正する法律等の施行について（抜粋）

平成13年11月7日 健発第1058号

心臓、じん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の障害の程度は、次のいずれかに該当するものであること。なお、これらに該当することについては、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要と思われる資料の提出を求められたいこと。

### ア 心臓機能障害

(ア) 次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV1を除く。）のいずれかのTが逆転した所見があるもの

(イ) 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

### イ じん臓機能障害

じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

### ウ 呼吸器機能障害

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障がいのため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が20以下のもの又は動脈血O<sub>2</sub>分

## 別紙1

圧が50 Torr 以下のもの。予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長に合わせて正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

エ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4陽性Tリンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、次の項目(a~l)

のうち六項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について $3,000/\mu\text{l}$ 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- b Hb量について男性 $12\text{g/dl}$ 未満、女性 $11\text{g/dl}$ 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- c 血小板数について $10\text{万}/\mu\text{l}$ 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について $5,000$ コピー/ $\text{ml}$ 以上の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- e 一日一時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に七日以上ある
- f 健常時に比し10%以上の体重減少がある
- g 月に七日以上の不定の発熱( $38^\circ\text{C}$ 以上)が二か月以上続く
- h 一日に三回以上の泥状ないし水様下痢が月の七日以上ある
- i 一日に二回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に七日以上ある
- j 口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバー症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

(イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

## 令和8年度高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種単価表

(消費税及び地方消費税込み)

	委託単価	備考
費用負担徴収者 (自己負担金3,700円)	8,653円	4月～5月
費用負担免除者	12,353円	
予診のみ	3,201円	
費用負担徴収者 (自己負担金3,700円)	8,675円	6月～3月
費用負担免除者	12,375円	
予診のみ	3,223円	

※「予診のみ」については、予診の結果、医師が接種を適当でないと判断し、接種しなかった場合。ただし、医療に移行した場合はこの限りではない。

消費税及び地方消費税については、予防接種を実施した時期の税率を適用します。

# 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤 沢 市 長	年    月    日
所在地	
医療機関	名 称
	氏 名
_____月に実施した高齢者肺炎球菌ワクチン接種について、次のとおり報告します。	

区	分	件 数	単 価	金 額
定期接種	徴収者	件	8,653 円	円
	免除者	件	12,353 円	円
	予診のみ	件	3,201 円	円
定期接種 (特例) 60～64歳	徴収者	件	8,653 円	円
	免除者	件	12,353 円	円
	予診のみ	件	3,201 円	円
合	計	件		円

上記についての接種委託料は、次のとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している  
「債権者コード」がある場合は  
コード番号を記載。

債権者コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に振込先を記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 支店								
	農業協同組合								
種 目	普 通 当 座	口座番号							
フリガナ									
口座義									

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。  
 ※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

# 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤 沢 市 長	年	月	日
	所在地	_____	
医療機関	名 称	_____	
	氏 名	_____	
_____月に実施した高齢者肺炎球菌ワクチン接種について、次のとおり報告します。			

区 分	件 数	単 価	金 額
定期接種	徴収者	件	8,675 円
	免除者	件	12,375 円
	予診のみ	件	3,223 円
定期接種 (特例) 60~64歳	徴収者	件	8,675 円
	免除者	件	12,375 円
	予診のみ	件	3,223 円
合 計	件		円

上記についての接種委託料は、次のとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している  
「債権者コード」がある場合は  
コード番号を記載。

債権者コード	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に振込先を記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 支店						
	農業協同組合						
	種 目	普 通 当 座	口座番号	_____	_____	_____	_____
口名 座義	フリガナ						

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。  
※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

# 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤 沢 市 長		〇〇〇〇年 <b>7</b> 月 <b>10</b> 日		
		所在地	藤沢市朝日町1番地の1	
		医療機関	名 称	かわせみ医院
			氏 名	藤 沢 一 郎
4月に実施した高齢者肺炎球菌		書き誤りの際は新しい用紙に書き直すか、二重線で消し、訂正してください。		
		ます。		
区 分	件 数	単 価	金 額	
定期接種	徴収者	1 件	8,653 円	<b>8,653</b> 円
	免除者	件	12,353 円	円
	予診のみ	件	3,201 円	円
定期接種 (特例) 60～64歳	徴収者	件	8,653 円	円
	免除者	1 件	12,353 円	<b>12,353</b> 円
	予診のみ	件	3,201 円	円
債権者コードか振込先のどちらか一方		2 件		<b>21,006</b> 円

上記に... 接種委託料は、次のとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している「債権者コード」がある場合はコード番号を記載。

債権者コード	9	8	7	6	5	4
--------	---	---	---	---	---	---

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に振込先を記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 支店						
	農業協同組合						
種 目	普 通 当 座	口座番号					※右づめで記載
口 名 座 義	フリガナ						

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。  
 ※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

## 予防接種事故報告書(間違い接種)

別紙4

藤沢市長

※太枠内をご記入ください

			報告年月日	年 月 日			
予防接種を実施した機関	医療機関名						
	所在地						
接種の状況	接種日	年 月 日					
	ワクチンについて	種類 例)4種混合		接種期・回数 例)1期初回1回目			
		メーカー		ロット番号			
事故の概要と原因	該当するものに○を付けてください。 1.ワクチンの種類の違い 2.対象者間違い 3.複数回接種(回数間違い) 4.接種間隔間違い 5.誤った用法用量でワクチンを接種 6.接種部位・投与方法間違い 7.有効期限の切れたワクチンを接種 8.対象年齢外接種 その他( )						
	健康被害の有無	無 ・ 有 ( )					
	原因がわかるように経過をご記入ください。						
予防接種の事故への対応	再接種	無 ・ 有	抗体検査	無 ・ 有	下記説明で保護者が納得したか	はい ・ いいえ	
	被接種者(保護者)への説明内容  具体的な内容及び結果						
今後の再発防止策							
市の講じた事故への対応	・把握日( / / ) ・医療機関への連絡日( / / )						
今後の再発防止策	・予防接種運営協議会への報告						
備考		決裁	課長	主幹	補佐	主査	担当