

令和 8 年度 直方市高齢者用肺炎球菌予防接種実施要領

1. 事業期間 令和 8 年 4 月 1 日 から 令和 9 年 3 月 31 日

2. 実施場所 指定医療機関

3. 対象者

直方市に住民票がある人で、接種を希望し①②のいずれかに該当する人

① 満 65 歳の人

② 満 60 歳以上満 65 歳未満で、以下に該当する人

・心臓やじん臓、呼吸器に重い病気がある人

・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がいをもつ人（身体障害者手帳 1 級の写し、または身体障害者手帳 1 級相当の診断が必要）

※既に接種した人について

23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン又は肺炎球菌結合型ワクチンを 1 回以上接種した者であって、医師により高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種を行う必要がないと認められる者は、当該予防接種を定期接種として受けることはできないとされています。

4. ワクチンの種類、接種回数、接種方法

ワクチンの種類	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン (PCV20)
接種回数	1 回
接種方法	筋肉内注射

5. 自己負担額 3,400 円（非課税世帯の人も 3,400 円）

【自己負担免除対象者】 ※必要書類がない場合は自己負担額を徴収してください。

・必要書類（どちらも保護・援護課で発行）

①生活保護受給者：生活保護受給証明書

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等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条の規定による支援給付を受給している者：本人確認証のコピー

6. 予診票の記入に際しての注意点

(1)被接種者の意思が確認できない人には、接種できません。

(2)記入漏れのないようにお願いします。

①住所・氏名・生年月日・年齢 ※本人確認書で確認をお願いします。

②体温

③質問事項に対する回答欄

④予防接種実施可否 ・ 医師名署名（直筆署名もしくはゴム印と朱印）

⑤ワクチンロット番号（シール又は記入）

⑥被接種者署名（直筆署名）

※家族もしくは被接種者の日頃の状態をよく理解している人の署名に限る。（氏名・続柄を記入）

裏面へ続く→

7. 接種前後の注意

- ・接種前には、必ず被接種者に説明書を読んでもらってください。
また、読めない人には十分に説明をお願いします。
 - ・予防接種の効果、副反応及び健康被害救済制度の説明をした上で予診票に署名をお願いします。
- ※肺炎球菌予防接種の対象者が他の患者から感染を受けることのないよう、十分配慮してください。

8. ほかのワクチンとの接種について

- ・B 類疾病の定期接種の実施に際しては、2種類以上の予防接種を同時に同一の対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができるとされています。

9. 長期療養特例について

重篤な疾病等により対象期間内に接種できなかった方は、特例措置の対象となります。接種できる期間は、疾病が回復し、予防接種を受けることが可能となった日から1年以内です。該当の人がいらっしゃる場合、接種前に下記にご連絡ください。

10. 接種済証

接種済証に必要事項を記入し、被接種者に渡してください。

11. 委託料の請求について（接種時点で直方市に住民票のある接種者分）

予防接種を実施した月の翌月 10 日までに、「令和 8 年度分報告書兼請求書」に下記の書類を添付し、提出してください。

◆請求書に関する詳細は同時配布の「令和 8 年度 直方市定期予防接種について」をご確認ください。

①予診票 ※接種の日付順でまとめてください。

②【自己負担免除対象者】の予診票には、各必要書類を添付

③60 歳以上 65 歳未満の被接種者の予診票には、身体障害者手帳 1 級の写しまたは、診断書等を添付

12. 直方市 健康長寿課 健康推進係 ☎25-2115